



**HAL**  
open science

# Place du médecin généraliste dans la pré-exposition prophylaxie au VIH : une étude descriptive transversale à Paris

Sandrine Nappo

► **To cite this version:**

Sandrine Nappo. Place du médecin généraliste dans la pré-exposition prophylaxie au VIH : une étude descriptive transversale à Paris. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03585697

**HAL Id: dumas-03585697**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03585697>**

Submitted on 23 Feb 2022

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

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



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

## AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

*Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4*

*Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10*

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 200

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Place du médecin généraliste dans la pré-exposition prophylaxie au VIH :  
une étude descriptive transversale à Paris

Présentée et soutenue publiquement  
le 14 octobre 2019

Par

***Sandrine NAPPO***

Née le 18 mai 1988 à Charenton-le-Pont (94)

Dirigée par Mme Le Docteur Monique HORWITZ GUERIN

Jury :

Mme Le Professeur Karine LACOMBE, PU-PH ..... Président

M. Le Professeur Jean-Michel MOLINA, PU-PH

M. Le Professeur Gilles PIALOUX, PU-PH

## Remerciements

Je remercie Madame le Professeur Karine Lacombe d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

Je remercie Monsieur le Professeur Jean-Michel Molina et Monsieur le Professeur Gilles Pialoux d'avoir répondu à mon invitation à faire partie de ce jury et de votre intérêt pour mon travail de thèse.

Je remercie ma directrice de thèse, Madame le Docteur Monique Horwitz-Guérin pour sa participation à ce travail, ses conseils, sa disponibilité et son soutien.

Je remercie l'équipe du CeGIDD Saint Antoine pour leur aide.

Merci au Docteur Annick Lavergne, au Docteur Sophie Florence, au Docteur Marie-Christine Charansonnet et au Docteur Philippe Dhotte de m'avoir permis de réaliser mon étude dans leurs centres et de s'être, avec leurs équipes, mobilisés pour le recrutement des participants.

Merci aux médecins qui m'ont accompagné dans mon parcours, et aux médecins qui m'ont donné l'envie de faire ce métier notamment les docteurs Blandine Esteva et Serge Zakine.

*A mes parents*, pour leur soutien inconditionnel, et sans faille. Merci d'avoir « tenu » toutes ces longues années d'études !

*A ma mère*, des statistiques de P1 jusqu'à la thèse, je te dois beaucoup.

*A mon père*, merci pour tes petites attentions et tes encouragements.

*A mon frère Julien*, qui, même au bout du monde, est fier de sa petite sœur, j'en suis sûre. Merci à *Nina* de prendre soin de lui.

*A mes grands-parents*, pour votre présence et votre bienveillance. Une pensée pour *Nonine et Armand*.

*A mes amies de toujours*, *Marie et Thérèse* pour toutes ses années d'amitiés depuis la 601.

*A Auriane*, pour toutes ses belles étapes partagées depuis la p2, à nos soirées, nos voyages, nos fous rires.

*A Joséphine*, merci d'être là à chaque fois que j'en ai besoin, ta présence m'est indispensable.

*A Anne-Charlotte* d'avoir été disponible pour mes demandes logistiques de dernières minutes

*A Carole, Malo, Nicolas Hantala, Clémence, Jérôme Leqq et Jérôme Guignard, Nicolas Ullmann, Manon, Réda, David, Thibault et Marine*, pour toutes ses soirées et vacances passées et pour toutes celles à venir. Une dédicace à la sous colle de folie !

*A Thomas*, j'aurai aimé partager ce moment avec toi.

*A Charlotte et Chloé* des Pink Ladies.

A mon groupe de pair préféré, merci à *Marion, Lucie, Anaïs, Florence et Léa*.

*A Nicolas*, mon Amour, merci d'être là pour moi.

# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>1</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>5</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>VIH .....</b>	<b>8</b>
<b>1.DEFINITION .....</b>	<b>8</b>
<b>2. EPIDEMIOLOGIE .....</b>	<b>8</b>
2.1 DANS LE MONDE .....	8
2.2 EN FRANCE .....	9
2.3 EN ÎLE-DE-FRANCE ET A PARIS .....	11
<b>3. UNE EPIDEMIE « CACHEE ».....</b>	<b>12</b>
<b>4. MODE DE CONTAMINATION.....</b>	<b>13</b>
<b>5.OUTILS DE PREVENTION CONTRE LE VIH .....</b>	<b>14</b>
<b>6. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE DEPISTAGE ET LA PREVENTION DU VIH .....</b>	<b>16</b>
<b>LA PREP.....</b>	<b>18</b>
<b>1.DEFINITION .....</b>	<b>18</b>
<b>2.HISTOIRE DU DEVELOPPEMENT DE LA PREP .....</b>	<b>18</b>
2.1 DANS LE MONDE .....	18
2.2 EN FRANCE .....	19
<b>3.LES POPULATIONS CIBLES .....</b>	<b>19</b>
<b>4.SHEMA DE PRISE .....</b>	<b>20</b>
<b>5.SYNTHESE DES ETUDES CLINIQUES .....</b>	<b>20</b>
L'ÉTUDE IPREX.....	20
L'ÉTUDE PARTNERS PREP .....	21
L'ESSAI ANRS-IPERGAY .....	21
LES AUTRES ETUDES.....	22
<b>6.LIMITES ET SUIVI DU TRAITEMENT .....</b>	<b>23</b>
<b>7.QUI EN FRANCE ? .....</b>	<b>24</b>
<b>8.CAMPAGNES PUBLICITAIRES .....</b>	<b>25</b>
<b>9.LA PREP ET LES MEDECINS GENERALISTES .....</b>	<b>26</b>
<b>10.OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>26</b>
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>28</b>
<b>1.TYPE D'ÉTUDE .....</b>	<b>28</b>
<b>2.POPULATION ETUDIEE .....</b>	<b>28</b>
<b>3.CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL .....</b>	<b>29</b>
<b>4.MISE AU POINT DU QUESTIONNAIRE .....</b>	<b>29</b>
<b>5.RECUEIL DE DONNEES.....</b>	<b>30</b>
<b>6.METHODE STATISTIQUES .....</b>	<b>30</b>
6.1 NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES.....	30

6.2 ANALYSE STATISTIQUE.....	30
<b>7.CONTEXTE ETHIQUE.....</b>	<b>31</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>32</b>
<b>1.ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ÉCHANTILLON .....</b>	<b>32</b>
1.1 NOMBRE DE PATIENTS INCLUS : .....	32
1.2 REPARTITION PAR CENTRE.....	32
1.3 DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS.....	32
1.4 SUIVI GLOBAL EN MEDECINE GENERALE .....	33
1.5 CONNAISSANCE DE LA PRÉP.....	34
1.6 DUREE ET MODALITES DE LA PRISE DE PRÉP .....	34
1.7 RELATION AVEC LE MG DANS LE CADRE DE LA PRÉP.....	35
1.8 FREINS AU SUIVI EN VILLE DE LA PRÉP .....	36
<b>2.ANALYSE DESCRIPTIVE PAR CENTRE.....</b>	<b>38</b>
<b>3.ANALYSE COMPARATIVE .....</b>	<b>40</b>
3.1 ANALYSE DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES EN FONCTION DU CJP .....	40
3.2 ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT .....	41
<b>4.EXPRESSION LIBRE.....</b>	<b>42</b>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>44</b>
<b>RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS .....</b>	<b>44</b>
<b>VALIDITE INTERNE.....</b>	<b>45</b>
ANALYSE DU PROTOCOLE DE L'ÉTUDE .....	45
CRITIQUE DU QUESTIONNAIRE .....	46
<b>VALIDITE EXTERNE .....</b>	<b>48</b>
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES .....	48
MODALITES DE TRAITEMENT .....	49
DECLARATION DU MEDECIN TRAITANT ET FREQUENCE DES CONSULTATIONS .....	49
FORMATION DU MEDECIN GENERALISTE.....	50
ABORD DE LA SEXUALITE.....	51
<b>PERSPECTIVES.....</b>	<b>52</b>
AMELIORER LA FORMATION DES MG.....	53
OPTIMISER LES PARCOURS DE SOIN .....	53
FACILITER L'ABORD DE LA SEXUALITE .....	54
BONNES PRATIQUES .....	55
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>57</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXES 1 : QUESTIONNAIRE.....</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
<b>ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PATIENTS.....</b>	<b>69</b>
<b>ANNEXE 3 : DECLARATION CNIL .....</b>	<b>70</b>
<b>ANNEXE 4 : NOTES RECUEILLIES EN FORMAT BRUT.....</b>	<b>71</b>

## Table des illustrations

<b>Figure 1:</b> Nombre de découverte de séropositivité VIH par mode de contamination et lieu de naissance.....	10
<b>Figure 2 :</b> Taux de découvertes de séropositivité VIH par région de domicile en 2015 .....	10
<b>Figure 3:</b> Nombre de découverte de séropositivité VIH à Paris 2010-2018 ....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Figure 4 :</b> Estimations infranationales en 2013 en France.. .....	13
<b>Figure 5 :</b> Estimation de la probabilité d'acquérir le VIH-1 dans le bras TRUVADA® contre placebo .....	22
<b>Figure 6 :</b> Nombre total d'utilisateurs d'une PrEP par TRUVADA® ou générique.....	25
<b>Figure 7:</b> Répartition des effectifs en fonction du niveau d'étude .....	33
<b>Figure 8 :</b> Répartition des effectifs en fonction du niveau d'étude .....	34
<b>Figure 9 :</b> Répartition des effectifs en fonction de la durée du traitement .....	35
<b>Figure 10 :</b> Répartition des effectifs en fonction des difficultés exprimées .....	36
<b>Figure 11:</b> Répartition des effectifs en fonction des réticences exprimées .....	37
<b>Figure 12 :</b> Répartition des effectifs en fonction des avantages exprimés .....	37
<b>Figure 13:</b> Répartition des effectifs par catégorie d'âge en fonction du centre d'inclusion.....	38
<b>Figure 14:</b> Répartition des effectifs par catégorie de durée de traitement en fonction du centre d'inclusion .....	39
<b>Tableau 1:</b> Répartition des effectifs en fonction du centre d'inclusion .....	32
<b>Tableau 2 :</b> Analyse comparative univariée des différents paramètres sociodémographiques entre les 2 groupes.....	40
<b>Tableau 3:</b> : Analyse comparative univariée des différents paramètres de la relation médecin-malade entre les 2 groupes .....	42

## Glossaire

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché  
**ANRS** : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les Hépatites virales.  
**ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé  
**ATU** : Autorisation Temporaire d'utilisation  
**BEH** : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire  
**CEGIDD** : Centres Gratuits d'Information de Dépistage et de Diagnostic  
**CMU** : Couverture de Maladie Universelle  
**CNGE** : Comité national des Généralistes Enseignants  
**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
**FDA** : Food and Drug Administration  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HSH** : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes  
**IC** : Intervalle de Confiance  
**INTI** : Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase Reverse  
**InVS** : Institut de Veille Sanitaire  
**IST** : Infection Sexuellement Transmissible  
**LGBT** : Lesbien Gay Bisexuel et Transgenre  
**MG** : Médecin(s) généraliste(s)  
**MT** : Médecin(s) traitant(s)  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**ONUSIDA** : Programme commun de Nations Unies sur le VIH/SIDA  
**ORS** : Observatoire Régional de Santé  
**PrEP** : Prophylaxie pré-exposition  
**PrEPeur** : Personne utilisant la PrEP  
**PVVIH** : Personne vivant avec le VIH  
**QCM** : Questionnaire à Choix multiples  
**RTU** : Recommandation Temporaire d'Utilisation  
**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience acquise  
**SNIRAM** : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie  
**TaSP** : Treatment as Prevention  
**TPE** : Traitement Post Exposition  
**TROD** : Test Rapide d'Orientation diagnostique  
**UDI** : Usager de Drogues Injectables  
**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

# Introduction

---

Depuis 30 ans, l'infection par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) est responsable d'une des plus graves pandémies mondiales. C'est une maladie qui a bouleversé à de nombreux égards les esprits et a engendré de nombreux changements sociétaux ainsi qu'une forte mobilisation.

La lutte contre ce fléau s'articule aujourd'hui en termes de stratégie diagnostique et thérapeutique dans l'attente d'un traitement curatif. A l'heure actuelle, de nouveaux moyens de prévention contre la contamination font leur apparition. La PrEP (Pré-exposition Prophylaxie) est un nouvel outil et elle révolutionne la lutte contre le VIH en s'adressant aux populations les plus à risque d'être infectées.

Environ 6000 patients en France bénéficient de ce nouveau traitement. C'est une population peu étudiée jusqu'à présent et peu d'enquêtes ont été réalisées afin de décrire leurs habitudes en termes de parcours de soin.

La PrEP reste peu connue des médecins généralistes, je m'en suis rendu compte en 2017. Lors d'un échange avec mon groupe de pair, alors que j'effectuais mon stage de niveau 1 en troisième semestre d'internat de médecine générale, j'entendais pour la première fois le nom de ce nouveau traitement. Comment, nous qui venions de terminer l'externat, pouvions-nous ignorer ce nouveau moyen de prévention ? Les différentes pubs dans le métro parisien, puis des discussions avec des amis gays, m'ont poussé à en savoir plus sur le sujet, et à comprendre comment les patients sous PrEP géraient leur traitement avec leur médecin généraliste, quel était le rôle de ce dernier dans le suivi ?

Dans cette thèse je vais dans un premier temps, dresser un état des lieux de l'épidémie du VIH dans le monde et en France, dans un second présenter la PrEP et enfin exposer les résultats de mon étude, et la discussion qui en découle.

# VIH

---

## 1. Définition

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), « le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces ». (1)

L'évolution de l'infection par ce virus entraîne un affaiblissement du système immunitaire augmentant la vulnérabilité de l'organisme face à un grand nombre d'infections. Il faut environ deux à quinze ans pour que l'infection VIH se transforme en syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA).(1)

Le virus a été isolé par une équipe française en 1983. En 1987, le premier médicament antirétroviral est utilisé et une première stratégie globale de lutte contre le SIDA est mise en place par l'OMS. Depuis de nombreux outils existent afin de réduire les effets du virus et de lutter contre la contamination du VIH qui tue un million de personnes par an dans le monde.

## 2. Epidémiologie

Le VIH est considéré comme un problème de santé d'une ampleur sans précédent. En effet en 30 ans, il a provoqué plus de 25 millions de décès à travers la planète.(1)

### 2.1 Dans le monde

En 2017, d'après l'ONUSIDA (Programme commun de Nations Unies sur le VIH/SIDA), 36.9 millions de personnes vivaient avec le VIH et il y a eu 1.8 millions de nouvelles personnes infectées par le VIH la même année. (2)

La mise en place de plans de prévention pour limiter les nouvelles infections est partiellement efficace puisque les nouvelles infections ont été réduites de 47% depuis le pic de 1996. Cette diminution du nombre de nouveaux cas chez les adultes montre un fléchissement depuis 2010, puisque les nouvelles infections n'ont diminué que de 16%. (2)

Concernant le traitement, malgré une meilleure accessibilité, seulement 59% des personnes vivant avec le VIH dans le monde ont un traitement antirétroviral.(2)

Pour simplifier, en 2017, trois personnes sur quatre vivant avec le VIH connaissaient leur statut, quatre sur cinq avaient accès au traitement.

Cependant, des disparités géographiques sont à mettre en évidence : entre 2000 et 2016 le nombre de nouvelles infections a chuté de 39% à l'échelle mondiale alors qu'en 2015 il a augmenté de 7% dans la zone européenne, avec un nombre de cas cumulatifs de plus de 2 millions. Ce constat nous amène à nous intéresser à l'incidence du VIH au niveau national.

## 2.2 En France

D'après le point épidémiologique de l'institut de veille sanitaire (InVS), au 9 octobre 2019, cette structure qui recueille en France les déclarations obligatoires du VIH, environ 6200 personnes avaient découvert leur séropositivité en 2018. (3)

Ainsi l'épidémie reste active en France bien que les objectifs « 90-90-90 » de L'ONUSIDA (2) soient en passe d'être atteints ; c'est-à-dire que 90% des personnes vivant avec le VIH doivent être diagnostiquées, 90% des personnes diagnostiquées doivent être sous traitement et 90% des personnes sous traitement doivent avoir une charge virale contrôlée. (4)

En 2018, les caractéristiques des modes de contamination laissent apparaître que :

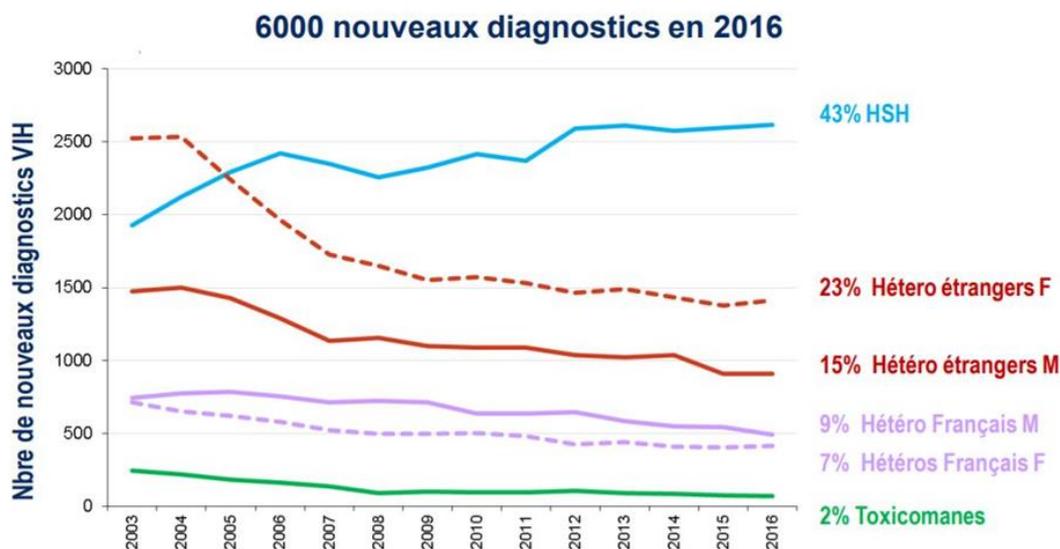
- 56% ont été contaminées lors de rapports hétérosexuels
- 40% lors de rapports sexuels entre hommes
- 2% par usage de drogues injectables. (UDI)

Le nombre total de découvertes de séropositivité a diminué de façon significative entre 2017 et 2018 (-7%), après plusieurs années de stabilité. (3) Cette diminution très récente devra être confirmée avec le recul d'une année supplémentaire.

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

Ces diminutions peuvent être le reflet d'une diminution du nombre de personnes vivant avec le VIH mais non encore diagnostiquées, en lien avec la diversification du dépistage que ce soit l'impact de la PrEP et l'effet TaSP (Treatment as prevention).

En 2015, 44% des nouvelles infections ont eu lieu entre les populations à risque et leurs partenaires.



Santé Publique France, Décembre 2017

Figure 1: Nombre de découverte de séropositivité VIH par mode de contamination et lieu de naissance (données au 30/12/2017)

Source : Santé publique France (6)

La répartition géographique au sein du territoire rapporté à la population n'est pas égale. En 2017, ce taux est plus élevé en Ile-de-France, et aux DOM-TOM (Guyane, Guadeloupe, Martinique). (4)

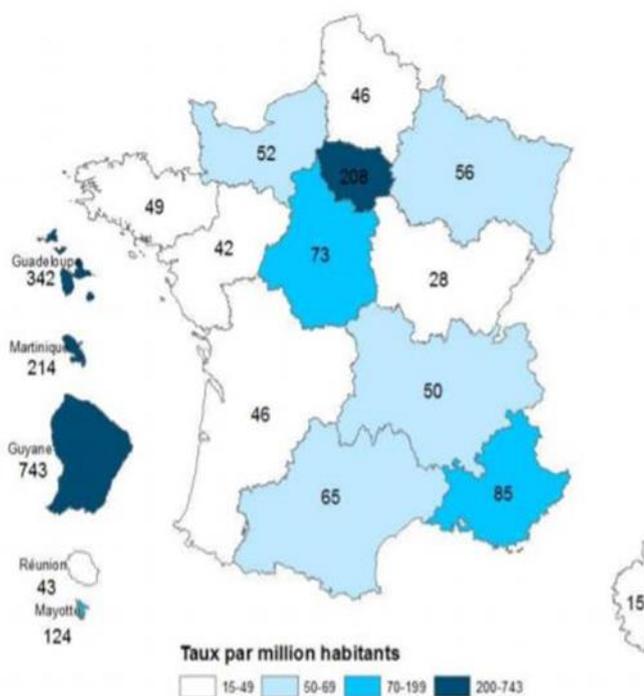


Figure 2 : Taux de découvertes de séropositivité VIH par région de domicile en 2015 (données au 31/12/2015)

Source : BEH Santé Publique France (7)

## 2.3 En Ile-de-France et à Paris

L'Ile-de-France reste la région métropolitaine la plus touchée par l'infection due au VIH. Elle concentre 42% des personnes ayant découvert leur séropositivité et près d'un tiers des personnes vivant avec le VIH en France habitent la région.

Pour l'année 2015, on dénombre 2515 nouveaux cas diagnostiqués (données de l'Observatoire Régional de Santé ORS Ile-de-France).(8) Cependant ces données moyennes, masquent de très fortes disparités suivant les départements et les communes avec un gradient de 1 à 20 entre le nombre de personnes vivant avec le VIH suivant les communes franciliennes. Ces différences territoriales nécessitent d'être connues dans la prise en charge de cette épidémie. Cette prise en charge est par ailleurs concentrée sur les deux groupes les plus à risque cités plus haut : les HSH et les personnes hétérosexuelles nées à l'étranger issues de pays à forte prévalence.(9)

Les chiffres à Paris, vont dans le même sens, une association « Paris sans sida » a même été créée en 2016, par la ville de Paris. (10)

En effet, la ville de Paris représente 3,2% de la population française et pourtant elle regroupe 16% des nouvelles infections en 2018 avec 2 à 3 nouvelles infections par jour. Lorsque l'on regarde en détail le mode de contamination de ces nouvelles infections, on constate que 55% concernent les HSH et 37% les hétérosexuels nés à l'étranger.(11).

Les derniers résultats épidémiologiques sur le VIH à Paris ont été communiqués le 9 septembre 2019 par Santé publique France (12), et font état d'une augmentation de l'activité annuelle de dépistage du VIH (16% sur l'ensemble des laboratoires parisiens), et d'une baisse du nombre de découvertes de séropositivité chez les HSH nés en France (28%). De façon plus générale, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH à Paris a diminué de 16% entre 2015 et 2018. Ces résultats très encourageants, peuvent s'expliquer par les effets conjugués de la PrEP et du TASP.

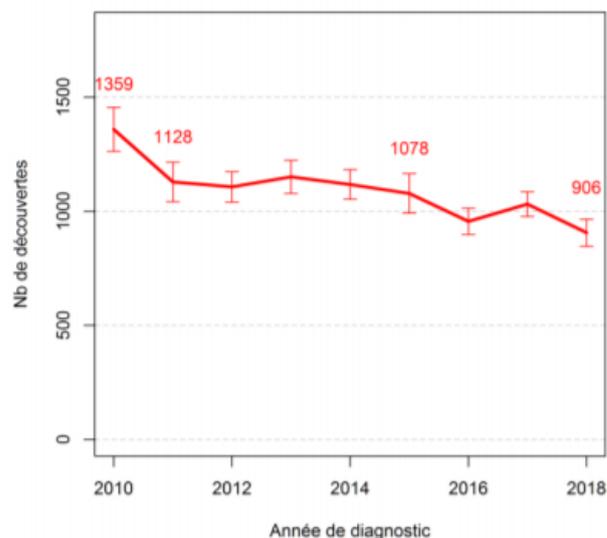


Figure 3 : Nombre de découverte de séropositivité VIH, Paris, 2010-2018.

Source : Déclaration obligatoire du VIH, données au 31/03/2019 corrigées, Point épidémiologique 10/09/2019, Santé publique France.(12)

Les délais entre la contamination et le diagnostic en années sont également différents d'un groupe à l'autre. Le délai moyen est de 2,9 ans, il augmente à 3,8 ans pour les hommes hétérosexuels d'Afrique sub-saharienne. Ce délai manifestement long, explique en partie l'épidémie cachée. (13)

### 3. Une épidémie « cachée »

Près d'un tiers des découvertes de séropositivité sont toujours trop tardives : 30% des personnes ont été diagnostiquées en 2017 à un stade avancé de l'infection (stade clinique SIDA ou  $CD4 < 200/mm^3$  hors primo infection). La moitié des découvertes de séropositivité (52%) a concerné des personnes déclarant n'avoir jamais été testées auparavant. Ces résultats suggèrent l'existence d'une « épidémie cachée ». (13)

Des travaux de modélisation ont permis d'estimer la taille de l'épidémie « cachée » en France en 2014. En fait, ce terme ne regroupe pas stricto sensu le nombre de personnes infectées qui s'ignorent mais reflète plutôt une estimation de personnes séropositives qui s'ignorent. De ces travaux (13,15), on peut retenir que :

- Le nombre de personnes estimé ignorant leur séropositivité pour le VIH serait de 24000 (Intervalle de Confiance 95% [22296 – 25944]), soit 20% du nombre total des personnes infectées par le VIH composé de 70% d'hommes.

- Le plus fort taux de prévalence de l'épidémie cachée se retrouve chez les HSH, ils représenteraient 30% des personnes VIH non diagnostiquées en 2014, suivis par les hétérosexuels masculins nés à l'étranger (22%) puis les hétérosexuelles féminines nées à l'étranger (21%).

On peut donc parler d'épidémie cachée a fortiori à Paris.

La répartition géographique des personnes qui ignorent leur séropositivité en 2013 est similaire à la répartition géographique des nouvelles infections. Ainsi retrouve-t-on plus de 50% de « l'épidémie cachée » dans trois régions : en Ile-De-France (42%), en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) (6%) et en Rhône-Alpes (6%) (Figure 4A). En revanche si l'on prend en compte la densité de la population dans les régions, les 4 régions les plus touchées sont la Guyane, la Guadeloupe, la Martinique et l'Ile-de-France. (16) (4)(Figure 4B). (17)

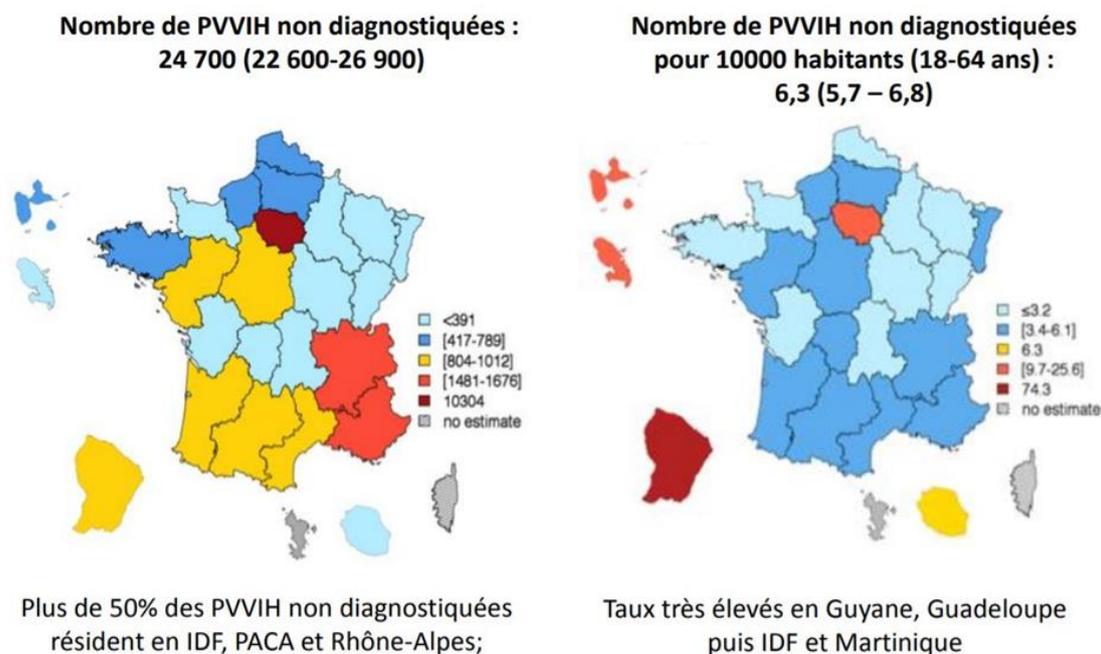


Figure 4 : Estimations infranationales en 2013 en France. (A) Nombre de nouvelles infections à VIH pour 10 000 habitants (âgés de 18 à 64 ans), (B) Nombre de personnes infectées par le VIH non diagnostiquées pour 10 000 habitants (âgés de 18 à 64 ans).

Source : Groupe d'expert Pr Morlat, Epidémiologie du VIH en France. (17)

## 4. Mode de contamination

Le mode de contamination le plus important est la transmission par rapport sexuel. Le calcul du risque de contracter le virus du VIH lors d'un rapport sexuel est difficile, cependant, plusieurs études démontrent que le risque lors d'un rapport anal est supérieur à celui d'un

rapport vaginal (18). Les estimations du risque de transmission sexuelle du VIH par relation sexuelle (18) sont de :

- 0.5 à 3.38% pour une relation sexuelle anale réceptive.
- 0.06 à 0.16% pour une relation sexuelle anale insertive.
- 0.08 à 0.19% pour une relation sexuelle vaginale réceptive.
- 0.05 à 0.1% pour une relation sexuelle vaginale insertive.

Les contaminations par contact avec du sang contaminé lors de partage de matériel d'injection ou en cas d'accident d'exposition au sang pour les professionnels de santé sont moins importantes quantitativement. En effet, les estimations du risque de transmission du VIH par les personnes qui s'injectent des drogues par voie intraveineuse avec une aiguille contaminée est de 0.7 à 0.8%.(19)

Dans le cas des contaminations mère-enfant, le risque de transmissions est le plus élevé au troisième trimestre de grossesse et l'estimation de transmission du virus s'élève à 20% pour le VIH 1 et 1% pour le VIH 2 en l'absence de traitement antirétroviral.(18)

## **5.Outils de prévention contre le VIH**

La diversité des outils mis en place pour lutter contre un des virus le plus virulent du XXIème siècle, montre l'adaptation de ces outils aux populations cibles et aux pratiques sexuelles.

Les différents outils de lutte contre le VIH sont :

***Le préservatif qu'il soit externe ou interne (Femidom®).***

L'efficacité théorique du préservatif masculin est élevée (98 %) mais son efficacité réelle est variable selon les pratiques sexuelles, des IST et du type de rapport anal ou vaginal.

Dans les rapports hétérosexuels, la réduction du risque d'infection par le VIH par un usage systématique du préservatif est estimée à 80 %. Dans les rapports homosexuels masculins, la réduction du risque d'infection VIH est estimée à 70%.(20) Ces niveaux d'efficacité plus faibles s'expliquent par la persistance d'une certaine proportion d'incidents par rupture ou par glissement et par son utilisation quasi inexistante pour la fellation dans toutes les populations.

Actuellement le préservatif est le seul moyen physique de prévention combinant une protection contre le VIH et les autres IST qui soit disponible pour tous, hommes et femmes, dans les relations entre hommes comme dans les relations hétérosexuelles.

Les efforts de santé publique sur la prévention ont permis le remboursement des préservatifs par la Sécurité sociale, depuis le 10 décembre 2018, sur prescription médicale à la hauteur de 60% en plus de sa disponibilité gratuite dans les CeGIDD (Centres Gratuits d'Information de Dépistage et de Diagnostic) et d'autres lieux communautaires tel que les associations AIDES, Solidarité Sida ou Seropotes.

### ***Le dépistage***

Il permet de connaître son statut sérologique en cas de prise de risque. Il peut être anonyme, confidentiel et gratuit au sein des CeGIDD ou bien être effectué dans un laboratoire d'analyse médicale après une consultation chez un médecin généraliste.

Enfin il existe le test rapide ou TROD, qui est également gratuit et souvent utilisé par les associations. Ce test rapide permet par simple prélèvement d'une goutte de sang recueillie au bout du doigt d'obtenir un résultat en quelques minutes. Ces résultats sont fiables à partir de trois mois après une prise de risque.

En France, 5.6 millions de sérologies ont été réalisées par les laboratoires de biologie médicale.(21,22) Ce qui place la France au premier rang des pays européens en termes de dépistage. Cette activité a augmenté de 12% entre 2010 et 2017 mais sans être accompagnée d'une augmentation du nombre de sérologie positives. Ce constat laisse supposer que l'augmentation du dépistage ne bénéficie pas aux populations les plus exposées au VIH.

### ***Le Traitement Post Exposition***

Le TPE consiste à prendre une trithérapie antirétrovirale pendant un mois après une prise de risque. Le traitement bloque immédiatement la réplication du VIH et donc évite une contamination s'il est pris le plus tôt possible et au maximum 72h après la prise de risque.

### ***Le TaSP : treatment as prévention***

TaSP signifie en français « traitement comme prévention ». La trithérapie est considérée comme un outil de prévention chez les séropositifs puisqu'en rendant la charge virale du VIH indétectable chez les malades porteurs du VIH, elle limite la contamination chez leurs partenaires séronégatifs lors des rapports sexuels non protégés.

### *L'accès aux seringues*

L'accès aux seringues ou pailles à usage unique dans le cadre de la consommation de drogues intraveineuse ou nasale, fait également partie des outils de lutte contre l'épidémie

### *La PrEP*

C'est une nouvelle stratégie de réduction du risque de contracter le VIH basée sur l'utilisation d'un traitement antirétroviral au cours d'une période d'exposition. Nous détaillerons ce nouveau traitement dans le chapitre 2.

## **6. Place du médecin généraliste dans le dépistage et la prévention du VIH**

Parmi l'ensemble des sérologies réalisées en France chaque année, 75% sont réalisées en laboratoire de ville. (4)

D'après les données du SNIIRAM (Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie), deux tiers (66,7%) des sérologies réalisées au cours de soins ambulatoires par des praticiens libéraux, ont été prescrits par un médecin généraliste.

D'après l'enquête Baromètre santé des médecins généralistes 2010, plus de 9 médecins sur 10 (93,9%) ont déclaré avoir prescrit au moins un test de dépistage du VIH dans le mois qui a précédé l'enquête. (23)

Ces chiffres recouvrent pourtant des disparités régionales importantes, les médecins exerçant dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Ile-de-France prescrivant, en moyenne, significativement plus de tests que leurs confrères d'autres régions métropolitaines.

D'après la même enquête, la prescription se fait dans 58,2% des cas à la demande du patient et dans 34% des cas à l'initiative du médecin. Cela montre que la démarche volontaire au dépistage reste la plus fréquente en France.(23)

Le rendement de ces dépistages est donc limité, même si la prescription de tests est maintenant réalisée en pratique courante en médecine générale. L'étude SHIVA (22) montre que moins de la moitié des médecins généralistes a « augmenté son nombre de prescriptions de sérologies VIH depuis la recommandation HAS de 2009 (24), prescription hors contexte de sexualité à risque de 15 à 70 ans » avec pour conséquence la persistance de découvertes de l'infection à un stade tardif trop nombreuses.

Ces données confirment le rôle central des médecins généralistes dans la prescription des tests de dépistage de l'infection à VIH en France et montrent une augmentation des prescriptions de sérologies de dépistage de l'infection à VIH sur la période 2010 à 2013 après une diminution entre 2007 et 2009. (24)

Une telle démarche de dépistage systématique doit s'appliquer à la population générale adulte, en mettant l'accent sur les hommes qui représentent 72% des personnes non dépistées. Ainsi l'HAS a réévalué la stratégie de dépistage du VIH en 2017 (25) pour augmenter les dépistages de populations à risque. Il est donc recommandé de réaliser un dépistage tous les 3 mois chez les HSH, une fois par an pour les UDI (Usagers de drogues injectables), la population carcérale, et les patients provenant de zone à forte prévalence.

Des freins au dépistage ont été identifiés notamment dans le travail de thèse mené en 2008 auprès de 303 médecins généralistes, B. Garry (26) avait recueilli les principales causes de difficultés à proposer le test de dépistage. La principale difficulté exprimée par les médecins interrogés, était la sensation d'intrusion dans la vie privée des patients, suivie par la situation délicate liée au statut de médecin de famille, le manque de temps en consultation et enfin le manque d'information sur le VIH.

Pourtant, l'implication des médecins généralistes doit rester un levier dans cette démarche de dépistage des populations cibles. Le médecin traitant a un rôle majeur dans la lutte contre le VIH, et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle il peut prescrire la PrEP, un nouveau traitement dans l'arsenal des moyens de prévention.

# La PrEP

---

## 1. Définition

La PrEP (Pré-exposition Prophylaxie) est un nouvel outil dans la lutte contre le VIH. Il permet à une personne séronégative, qui possède un haut risque d'être contaminée par le VIH, de limiter la transmission du virus en prenant un traitement antirétroviral avant une exposition potentielle. Les antirétroviraux ne sont plus seulement utilisés à des fins thérapeutiques pour les patients séropositifs mais comme une prophylaxie associée aux autres moyens de prévention.

Ce traitement est une association de deux antirétroviraux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase reverse (INTI).

Aujourd'hui l'OMS recommande l'utilisation de la PrEP orale contenant du tenofovir comme un choix de prévention pour toutes les personnes avec un risque potentiel d'acquérir le VIH dans le cadre d'une approche de prévention combinée. Elle précise que la PrEP ne doit pas se substituer aux autres moyens de prévention mais compléter les autres dispositifs existants.(27)

## 2. Histoire du développement de la PrEP

La pré-exposition prophylaxie par TRUVADA® ou ses génériques est récente.

### 2.1 Dans le monde

En novembre 2010, l'étude « iPrEx » (28) démontre l'efficacité de la PrEP pour la première fois chez les HSH séronégatifs à fort risque d'acquisition du VIH dans plusieurs pays (Etats-Unis, Brésil, Pérou, Equateur, Afrique du Sud, Thaïlande).

PROUD (29) est un essai réalisé au Royaume-Uni entre 2012 et 2014.

A la suite de cette, étude, la FDA (Food and Drugs administration) approuve l'utilisation de la PrEP en continu en juillet 2012, pour les personnes très exposées au VIH.

## 2.2 En France

En France, l' étude ANRS-IPERGAY (30) est lancée en 2012.

En octobre 2015, le groupe d'experts de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH a appelé à prescrire le TRUVADA® en prophylaxie chez les personnes à haut risque d'acquérir le VIH par voie sexuelle.

Le 6 janvier 2016, une RTU (Recommandation Temporaire d'Utilisation) est adoptée en France pour le TRUVADA ® en traitement préventif, soit quatre ans après la FDA aux Etats -Unis.

En janvier 2016, il est décidé que le traitement serait pris en charge à 100% par la sécurité sociale.

Depuis le 1er mars 2017, l'utilisation de TRUVADA® et de ses génériques pour la PrEP au VIH est encadrée par une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), uniquement destinée au schéma continu. Un arrêté du 10 juin 2016 permet également aux médecins généralistes d'effectuer le suivi et de renouveler les prescriptions de PrEP après primo-prescription par un spécialiste. Une fiche de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé) destinée aux médecins généralistes pour le suivi est créée.

TRUVADA® (tenofovir disoproxil emtricitabine) et ses génériques sont les seuls médicaments autorisés en France pour la PrEP.

L'analyse du coût-efficacité a pour but d'identifier la manière économiquement la plus efficace de réaliser un objectif, ici éviter une nouvelle contamination au VIH. Ce coût-efficacité de la PrEP a été étudié lors de l'ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation) avec le TRUVADA® en continu, puis avec son générique avec un prix deux fois moins cher (139€ / boîte de 30 comprimés versus 347€). Le traitement de la PrEP est coût efficace auprès des HSH avec risque élevé d'infection par le VIH.(31)

## 3. Les populations cibles

La PrEP en France s'adresse aux personnes les plus à risque de contracter le VIH (d'après l'HAS) (25) :

- Les hommes ayant des relations avec les hommes (HSH) ou les personnes transgenres, répondant à au moins un des critères suivants :

- Rapports sexuels anaux sans préservatifs avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les 6 derniers mois
- Episodes d'IST dans les 12 derniers mois

- Au moins un recours à un traitement post exposition au VIH dans les 12 derniers mois.
  - Usage de drogues lors de rapports sexuels (chemsex)
- Au cas par cas, les personnes dans les situations suivantes :
- Usage de drogues injectables avec échanges de seringues
  - Travailleurs du sexe avec rapports sexuels non protégés.
  - Vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission au VIH

## 4.Schéma de prise

Le schéma de prévention par ténofovir disoproxil/emtricitabine validé par l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est le traitement continu, la posologie efficace est un comprimé par jour. Dans ce cas, le traitement est efficace après 7 jours de prise chez les hommes et 21 jours chez les femmes. Il doit être poursuivi jusqu'à 2 jours après le dernier rapport sexuel.

Il existe un schéma alternatif (hors AMM) : la prise discontinue. Ce schéma ne doit pas être utilisé chez les hommes infectés par le virus de l'hépatite B. Ce schéma n'a été étudié que chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Il se résume ainsi :

- 1re prise : 2 comprimés à prendre en même temps entre 2h et 24h avant le rapport sexuel.
- 2e prise : 1 comprimé à prendre environ 24h (+/- 2h) après la 1re prise.
- 3e prise : 1 comprimé à prendre environ 24h (+/- 2h) après la 2e prise.

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

## 5.Synthèse des études cliniques

### L'étude IPrEX

IPrEX (« Pre-Exposure Prophylaxis Initiative ») (28) est une étude randomisée, menée en double aveugle contre placebo, chez les HSH et transgenres. Elle a pour but d'évaluer la sécurité et l'efficacité de la prise d'un comprimé de TRUVADA® par jour comparée à la prise de placebo dans la prévention de la transmission du VIH. Elle a débuté en juin 2007 et s'est terminée en décembre 2009 dans six pays (Pérou, Equateur, Afrique du Sud, Brésil, Thaïlande et Etats-Unis). L'étude concerne 2499 participants.

La probabilité cumulée d'acquérir le VIH au cours du temps dans les deux groupes a été comparée et celle-ci est bien inférieure dans le bras prenant le TRUVADA® comparée au bras placebo : la diminution de l'incidence était de 78% chez les personnes ayant pris plus de 90% de leur TRUVADA®. Il a été observé également qu'il n'y a pas eu de contamination dans le bras TRUVADA® avant le 16ème mois de l'étude. Aucune résistance au traitement chez les personnes infectées par le virus au cours de l'étude n'a été retrouvée.

### **L'étude Partners PrEP**

« Partners PrEP » (32) est une étude de phase III contrôlée contre placebo, randomisée en double aveugle, ayant pour but d'évaluer l'efficacité et la sécurité du TRUVADA® et du VIREAD® dans la prophylaxie pré exposition au VIH chez les couples sérodiscordants (hommes et femmes). L'étude a été réalisée entre 2008 et 2011 au Kenya et en Ouganda.

Les résultats montrent une réduction de 67% du risque d'infection au VIH chez les sujets prenant du VIREAD® comparativement au placebo, et une réduction du risque de 75% chez les sujets prenant du TRUVADA® comparativement à ceux prenant le placebo.

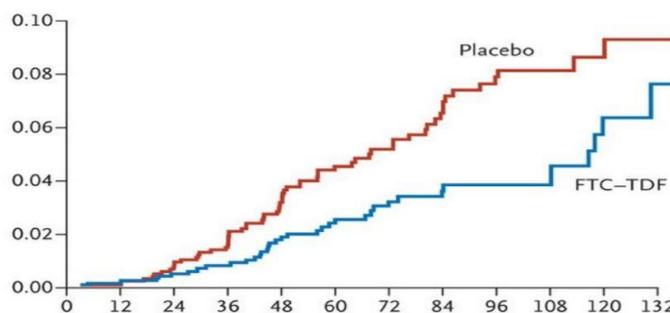
### **L'essai ANRS-IPERGAY**

Il s'agit d'un essai contrôlé contre placebo, randomisé en double aveugle qui a eu lieu dans sept centres et deux pays : la France et le Canada.(30)

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'efficacité du TRUVADA en prophylaxie pré-exposition selon le mode de prise « à la demande » versus placebo afin de réduire l'incidence de l'infection VIH chez les personnes séronégatives à haut risque de contamination au VIH. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'évolution du comportement sexuel des sujets et la possible désinhibition secondaire à la participation de l'étude.

Les résultats mettent en évidence une réduction de 86% (IC 95% : [40 ; 98]) du risque d'infection au VIH chez les sujets prenant du TRUVADA® comparativement à ceux prenant le placebo.

19 séroconversions ont été comptées au cours de l'étude : 3 le jour de l'inclusion, 2 dans le bras TRUVADA® et 14 dans le bras placebo.



Suivi moyen de 14 mois: 100 infections, 36 bras TDF/FTC et 64 bras placebo :  
Réduction relative de **44%** de l'incidence du VIH (IC 95% : 15-63, p=0.005)

Figure 5 : Estimation de la probabilité d'acquérir le VIH-1 dans le bras TRUVADA® contre placebo au cours du temps. En abscisse : le nombre de mois depuis l'inclusion, en ordonnée : la probabilité de positivité pour le VIH. En Rouge : le bras Placebo, en Bleu le bras sous FTC-TDF ou TRUVADA®

Source : Etude ANRS-Ipergay (30)

## L'essai PROUD

Le 16 octobre 2014, suite aux très bons résultats de l'étude PROUD au Royaume uni, l'anonymat a été levé entre les deux bras de l'essai. En effet, l'étude PROUD (« Pre-exposure Option for Reducing HIV in UK : immediate or Differed ») a un schéma similaire à l'étude IPERGAY : l'un des bras différés de l'étude devaient attendre 12 mois avant de commencer la PrEP. L'essai PROUD n'avait pas été conçu à l'origine pour établir l'efficacité de la PrEP en tant que telle car sa cohorte était considérée comme trop restreinte, elle avait pour but de déterminer si la PrEP réduisait les risques de contaminations, de déterminer si l'observance serait suffisante pour protéger les participants et évaluer les éventuelles résistances. Finalement, il est apparu que la PrEP dans le sous-groupe HSH (qui connaissait le plus fort taux de contamination), était particulièrement efficace. Ainsi, les résultats intermédiaires de l'étude ont montré une réduction de l'incidence du VIH de 86% dans le groupe prenant le TRUVADA® en continu chez les HSH. A la suite de la levée de l'anonymat, tous les participants avaient la possibilité de commencer la PrEP en avance sur le calendrier prévu.

## Les autres études

D'autres études vont dans le même sens, notamment l'essai TDF2 (33) d'utilisation contre placebo du TRUVADA® chez une population hétérosexuelle sexuellement active au Botswana, pays qui a la seconde plus forte prévalence de l'infection au VIH, a montré une réduction de l'incidence du VIH de 78% à 62%.

Il n'est pas possible pour le moment d'affirmer que la PrEP est à l'origine d'une baisse des contaminations, cependant à San Francisco, où la PrEP est utilisée depuis 2012, le nombre de nouveau cas de VIH a chuté de plus de 50% entre 2012 et 2017.(34)

Au Royaume-Uni, où la PrEP est utilisé depuis 2016, l'incidence du VIH a chuté de 17% entre 2015 et 2016 (35). Cette baisse est remarquable chez les HSH à Londres avec une baisse de 25% de nouvelles infections au VIH. Cependant, la PrEP reste difficile d'accès au Royaume Uni (en dehors de l'Ecosse) et cette diminution serait liée à la combinaison des outils de prévention.

## **6.Limites et suivi du traitement**

Le TRUVADA® et ses génériques, n'est pas dénué d'effets secondaires, même si sur le plan général il semble bien toléré puisque dans les études sa tolérance est comparable au placebo.

Des effets indésirables sont néanmoins fréquemment retrouvés, il s'agit principalement de troubles gastro-intestinaux.

Sa toxicité rénale est connue, des tubulopathies rénales proximales ont été observées. Cette atteinte rénale est généralement réversible à l'arrêt du traitement.

Sa toxicité osseuse est plus rare et le traitement est généralement associé à une légère diminution de la densité osseuse, un effet qui semble se stabiliser au cours des années de traitement.

La question de la résistance virale aux traitements antirétroviraux a été posée, et il semble que les cas de résistance au TRUVADA® sont rares (0,1% des sujets sur la totalité des principaux essais sus cités). Ces résistances sont plus susceptibles de se produire lorsqu'une PrEP est initiée au cours d'une primo infection au VIH non détectée (27,5%). L'ANSM estime que les données sur le risque d'acquisition de résistance au tenofovir dans un contexte de PrEP sont rassurantes.(36)

Une des préoccupations suscitées par la PrEP est l'augmentation des comportements sexuels à risque, liés à la désinhibition des patients sous PrEP. Globalement, les études sur la PrEP n'ont pas montré d'augmentation des comportements à risque. Les données issues des phases ouvertes (tous les patients reçoivent le TRUVADA®) des études IPrex (37) et Partners-PrEP(32) vont également dans ce sens. Les chercheurs des groupes d'étude n'ont pas rapporté de risque de désinhibition que ce soit dans l'évolution du nombre de partenaires ou bien dans l'utilisation du préservatif.

Cependant, l'étude ANRS Prevenir menée par le Pr Molina a été lancée en mai 2017 (38). A deux ans de son lancement, l'étude a inclus plus de 3000 patients. Son objectif était d'évaluer l'impact de la PrEP dans la stratégie de prévention de l'épidémie du VIH. Les résultats communiqués lors de la Xe conférence sur la science du VIH à Mexico (39), montrent que le nombre de relations sexuelles des quatre mois de l'étude a augmenté de 43% à 3 mois, celui du nombre de partenaires diminue de 20% à 3 mois. Les rapports sexuels sans port du préservatif augmentent de 21% à 3 mois, et de 15% à 3 mois pour les rapports réceptifs.

L'augmentation des IST (infections sexuellement transmissibles) est aussi l'une des préoccupations évoquées par la PrEP, puisque la PrEP ne protège pas des autres IST et qu'elle pourrait entraîner une diminution de port du préservatif.

L'étude ANRS Prévenir (38) retrouve également une augmentation de l'incidence des IST de 38% par an. Une étude américaine a étudié cette question par projection (40). A l'aide d'un modèle mathématique, les chercheurs ont pu calculer l'effet de la PrEP sur l'incidence des IST. Ainsi en augmentant le nombre de patients sous PrEP, et si les bonnes pratiques cliniques sont respectées (c'est-à-dire avec un dépistage à intervalle trimestriel ou biannuels des IST et un traitement opportun), certaines infections pourraient être réduites significativement au cours de la prochaine décennie (42% des infections à *Neisseria gonorrhoeae* et 40% des infections à *Chlamydia trachomatis*).

## **7. Qui en France ?**

Entre le 1er janvier 2016 et le 30 juin 2018, un total de 10 405 personnes ont initié une PrEP par TRUVADA® ou générique en France, d'après les chiffres de l'ANSM (41). Pour plus de la moitié d'entre elles (53%), l'initiation de la PrEP a eu lieu après juillet 2017.

Le nombre de personnes ayant initié un traitement par TRUVADA® ou générique pour une PrEP est en constante augmentation, avec en moyenne 500 nouveaux utilisateurs par mois au premier semestre 2018.

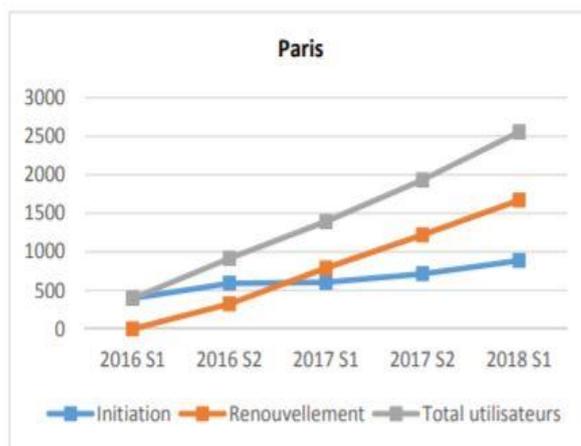
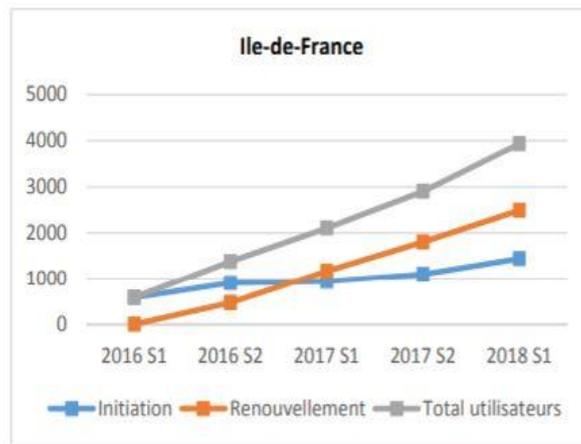


Figure 6 : Nombre total d'utilisateurs d'une PrEP par TRUVADA® ou générique (initiation ou renouvellement) en Ile-de-France entre le 1er janvier 2016 et le 30 Juin 2018, par semestre.

Source : Suivi de l'utilisation de TRUVADA® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH, ANSM (42)

Depuis juillet 2017, les renouvellements comptent pour plus de 60% des délivrances.

98% des utilisateurs sont des hommes âgés en moyenne de 38 ans, près de 50% résident en Ile-de-France et moins d'une personne sur 10 est bénéficiaire de CMU-c (Couverture de Maladie Universelle Complémentaire).

Une étude de Santé publique France (43) estimait que 32 000 personnes HSH seraient à haut risque d'infection au VIH en France. Alors que pour une autre étude, estimait la population HSH éligible à la PrEP en France s'élevait à 50 000 personnes (44).

## 8. Campagnes publicitaires

Une première campagne de Santé publique France pour le ministère de la santé et des affaires sociales a été diffusée nationalement auprès du grand public en novembre 2016.(45)

Cette opération publicitaire s'adressait spécifiquement aux HSH, sous forme de quatre affiches colorées avec photos de couples gays, abordant tous les moyens de prévention à disposition en 2016, dont la PrEP.

Une deuxième campagne nationale pour la promotion de la PrEP intitulée « PrEP 4 Love » a été réalisée par AIDES en juillet 2018 (46). Elle se composait de vidéos et de photographies en noir et blanc. Le but de cette campagne était de promouvoir également la PrEP auprès des femmes, un public pour le moment peu atteint par ces opérations de communication et peu représenté dans les patients sous PrEP.

## **9. La PrEP et les médecins généralistes**

Concernant les prescripteurs, il s'agit d'une prescription hospitalière pour 91% des cas. Lorsque l'initiation a été effectuée par un médecin en dehors de l'hôpital (9%), le prescripteur est un médecin généraliste dans la majorité des cas (76%).(42)

Plusieurs études ont été menées en France et à Paris, afin de déterminer l'intérêt et la connaissance des médecins généralistes sur la PrEP.

L'étude de J. Zeggagh (47) montre que 86,5% des médecins parisiens interrogés ont déjà entendu parler de la PrEP et 77.8% se disent prêts à renouveler la PrEP, (taux identique à ceux de l'étude Krakower Plos One (48) (74% envisagent le renouvellement de la prescription de façon probable ou très probable) mais seulement 26% en connaissent réellement les indications.

## **10. Objectifs de l'étude**

Dans ce travail, nous avons souhaité dresser un état des lieux du parcours de soin des « PrePeurs » (comme ils se nomment sur les réseaux sociaux), afin d'identifier et d'évaluer le rôle du médecin généraliste dans ce nouvel outil de prévention en conduisant une enquête sous forme de questionnaire auprès des patients « PrePeurs ».

Notre travail a cherché à répondre à la question suivante : quelle est la place du médecin généraliste dans le suivi des patients sous PrEP ?

Le critère d'évaluation principal était le nombre de patients qui a informé leur médecin généraliste de leur prise de traitement PrEP.

Les critères d'évaluation secondaires étaient les freins au suivi de la PrEP par un médecin généraliste.

L'hypothèse principale de l'étude est que les patients sous PrEP n'intègrent pas suffisamment leur médecin généraliste à leur parcours de soins dans le suivi de leur traitement.

Il s'agit donc d'une étude préliminaire qui permettra de comprendre le parcours de soin habituel des « PrePeurs » et de mettre en évidence la position et l'intervention du médecin généraliste auprès de cette population.

# Matériel et Méthode

---

## 1.Type d'étude

Pour répondre à notre objectif, nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle à visée descriptive de type transversal. L'étude s'est déroulée du 29 mai au 31 juillet 2019.

## 2.Population étudiée

L'étude était multicentrique à Paris. Elle s'est déroulée dans quatre centres. Quatre CeGIDD parisiens (Centre gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) ont participé : Le CeGIDD de l'hôpital Saint-Antoine, celui de l'hôpital de l'Hôtel Dieu, le CeGIDD Ridder et le CeGIDD Belleville.

Un auto-questionnaire anonyme a été proposé par les médecins des CeGIDD aux patients consultant dans le cadre d'une consultation PrEP, que ce soit pour une primo-prescription ou pour un suivi. Les médecins des centres respectifs choisissaient de participer à l'inclusion ou non en fonction de leur investissement personnel. Les médecins participants incluaient les patients en fonction de leur temps disponible : l'inclusion n'était pas systématique. Le taux de réponse n'a donc pas été calculé.

Les critères d'inclusion étaient :

- Patients consultant dans le cadre d'une prescription d'un traitement PrEP
- Agés de 18 ans ou plus
- Consultant dans l'un des CeGIDD participant au protocole
- Patients volontaires pour répondre au questionnaire

Les critères de non-inclusion étaient :

- Patients de moins de 18 ans ou sous mesure de protection des personnes
- Patients ayant des troubles cognitifs
- Patients ne comprenant pas ou ne lisant pas le français
- Patients sous trithérapie anti VIH

### **3.Critère de jugement principal**

Le critère de jugement principal était la réponse à la question « votre médecin généraliste est-il au courant de votre prise de PrEP ? »

### **4.Mise au point du questionnaire**

Une étude préliminaire avait été réalisée via internet sur le groupe « PrEP Dial » du réseau social Facebook®. Ce groupe est un groupe public et s'adresse aux personnes qui vivent au quotidien avec la PrEP. Cette première enquête avait permis d'étoffer les réponses possibles et d'évaluer la faisabilité d'un tel questionnaire.

Puis, une version préliminaire a été éditée et testée. Elle a ensuite été soumise en relecture et critique à plusieurs médecins CeGIDD participant à l'étude.

Le questionnaire était imprimé en format A4 et composé de 4 pages recto, agrafées entre elles. Les questions étaient sous forme de QCM avec des réponses à cocher et la majorité des questions étaient fermées.

Le questionnaire a été rédigé en trois parties. Une introduction présentait le projet d'étude et ses objectifs. (Annexe 1)

Les questions 1 à 9 permettaient de préciser la population (âge, genre, lieu de naissance et résidence, niveau d'étude...). Ces questions épidémiologiques ont été élaborées à partir de la cohorte Constance qui est une cohorte épidémiologique française de grande ampleur et une référence en termes d'épidémiologie.

Les questions 10 à 16 portaient sur le suivi global en médecine générale des patients (suivi par un médecin généraliste, déclaration de médecin traitant, nombre de consultations au cours de l'année, abord de la sexualité et du dépistage au VIH).

Les questions 17 à 20 permettaient de mieux définir le rôle du médecin généraliste dans le suivi du traitement PrEP, et de caractériser les modalités de prise de PrEP des patients.

Les questions 21 à 24 avaient pour but d'évaluer les difficultés à l'accessibilité du traitement en CeGIDD en primo-prescription et en suivi.

Enfin les 3 dernières questions visaient à rechercher les freins et les avantages d'un suivi du traitement en ville par un médecin généraliste. Les réponses pouvaient être multiples.

A la fin du questionnaire nous avons laissé une partie libre « commentaires » pour les patients, cette partie nous semblait intéressante compte tenu de la nouveauté de la question abordée.

## **5. Recueil de données**

Le questionnaire était proposé à l'issue de la consultation médicale. Les critères d'inclusion et de non inclusion étaient vérifiés à l'oral lors de l'entretien médical. Les patients étaient ensuite invités à lire la note d'information pour leur permettre de prendre la décision personnelle de participer ou non à l'étude. A l'issue de cette lecture et en l'absence d'opposition à la participation à l'étude, le patient devait approuver et signer le recueil de consentement. Aucun nom, ou numéro n'était mentionné sur le questionnaire pour en assurer l'anonymat.

Les patients remplissaient les questionnaires en salle d'attente et les remettaient ensuite au médecin qui leur avait proposé de participer au projet.

Le recrutement des patients durait au minimum six semaines. Soit le nombre de sujets nécessaires était atteint et le recrutement s'arrêtait ; soit le nombre de sujets nécessaires était insuffisant et l'étude se poursuivait jusqu'à atteindre l'effectif requis. La durée totale de recrutement ne pouvait excéder 3 mois, pour des raisons d'organisation liés aux centres.

A la fin de l'inclusion, les données du questionnaire étaient saisies sous forme de tableau Excel.

## **6. Méthode statistiques**

### **6.1 Nombre de sujets nécessaires**

Nous avons fixé à 200 le nombre de patients à inclure sachant qu'il n'y a pas de calcul d'échantillon statistique puisque l'étude est observationnelle. Cependant, afin d'augmenter la précision des résultats, l'étude devait s'attacher à inclure le plus grand nombre de patients, en suivant la règle statistique du « One in Ten Rule » : le nombre de sujets nécessaires est égal à 10 fois le nombre des variables statistiques comparées.

### **6.2 Analyse statistique**

L'analyse comparative était réalisée de manière univariée à l'aide du test du Chi<sup>2</sup> ou du test exact de Fisher lorsque le nombre d'observations était inférieur à 5 pour les variables qualitatives, et du t-test de Student pour les variables quantitatives. On comparait le critère de jugement principal ainsi que les différents résultats disponibles entre les sous-groupes. La différence était dite significative si  $p < 0,05$  avec un risque de première espèce  $\alpha = 0,05$ . Les variables quantitatives étaient représentées sous forme de moyenne et d'écart-type, et les variables qualitatives sous forme de fréquence et de pourcentage. Les données des patients

consultant pour une primo-prescription ont été exclus car leur réponse au critère de jugement principal ne pouvait être exploitée.

Concernant l'analyse descriptive des données recueillies, celle-ci était réalisée sur la totalité des sujets (primo-prescription ou non) que les questionnaires soient complets ou incomplets. Le but était de recueillir le maximum de données épidémiologiques sur le suivi des patients en médecine générale.

## **7.Contexte éthique**

Les questionnaires étaient strictement anonymes, c'est-à-dire que l'identité des participants n'était pas recueillie. Néanmoins, un recueil de consentement était réalisé afin d'obtenir l'absence d'opposition à la participation du sujet à l'étude. (Annexe 2)

Ce projet de recherche a fait l'objet d'une déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR-003 de la CNIL (Comité National de l'Informatique et des Libertés) à la date du 29 mai 2019 et porte le numéro de déclaration 2213760 v 0. (Annexe 3)

Un avis a été également demandé au comité d'éthique du CNGE (Comité national des Généralistes Enseignants).

Il n'y avait pas de bénéfice direct attendu pour les patients en dehors de celui de faire avancer les données scientifiques sur la question du rôle du médecin généraliste dans le suivi des patients sous PrEP.

Il n'y avait pas de risque attendu pour les patients hormis de prolonger leur temps de consultation.

Les patients souhaitant retirer les données issues de leur participation n'avaient pas à se justifier et leur décision n'avait aucune conséquence sur la qualité de ces mêmes soins.

# Résultats

---

## 1. Analyse descriptive de l'échantillon

### 1.1 Nombre de patients inclus :

Au total, 201 patients ont été recrutés pour participer à l'étude du 29 mai au 31 juillet 2019. Le taux de réponse n'a pas été calculé. 21 sujets (10,4%) avaient incomplètement répondu aux questionnaires.

### 1.2 Répartition par centre

Centres	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Saint-Antoine	76	38%	[31%;45%]
Ridder	57	28%	[22%;35%]
Hôtel Dieu	34	17%	[12%;23%]
Belleville	34	17%	[12%;23%]

Tableau 1: Répartition des effectifs en fonction du centre d'inclusion

### 1.3 Données socio-démographiques des patients

Les répondants avaient un âge moyen de 37,2 ans, et se définissaient hommes dans 99% (n=199) des cas, 1% (n=2) transgenres. Ils se déclaraient homosexuels à 99% (n=198), un patient se déclarait hétérosexuel et deux patients avaient coché « ne souhaite pas répondre ».

Dans l'échantillon, 76% (n=152) étaient nés en France, 20% (n=41) à l'étranger et 4% (n=7) dans les DOM/TOM.

Concernant leur résidence, 84% (n=170) répondaient habiter en région parisienne dont 57,7% (n=116) à Paris et 8,4% (n=17) habitaient en région.

Au sujet de leur niveau d'étude, 78% (n=157) indiquaient avoir fait des études supérieures, et 45% (n=91) avaient un niveau Bac +5 ou supérieur.

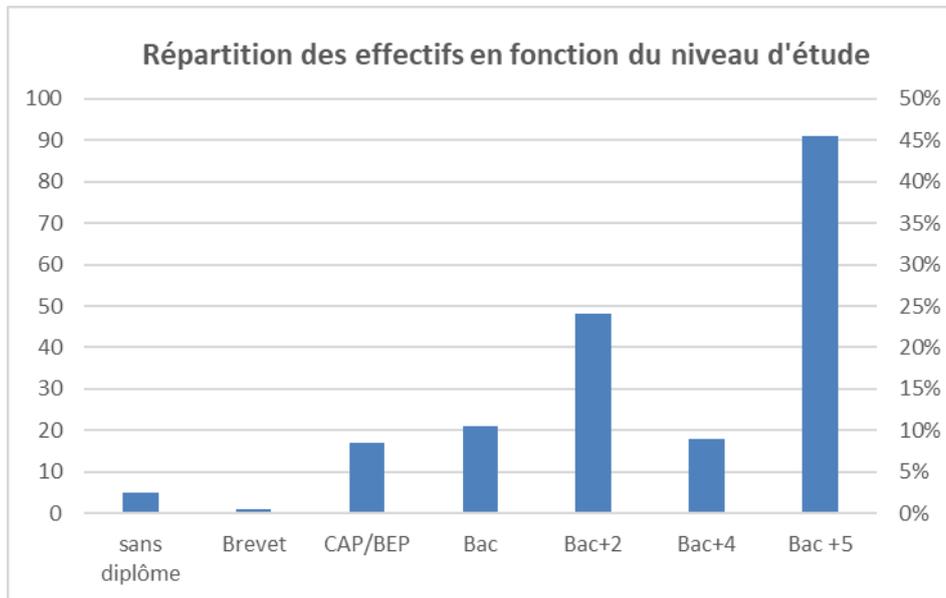


Figure 7: Répartition des effectifs en fonction du niveau d'étude

Concernant leur catégorie socio professionnelle, ils étaient 79% (n=157) salariés, 7% (n=13) étudiants, 9% (n=17) indépendants, 5% (n=10) sans emploi et 1% (n=2) retraités.

Le régime social était majoritairement celui de la sécurité sociale (91%) et 7% bénéficiaire de la CMU, 2% (n=4) ont répondu avoir un « autre régime social ».

Parmi les sujets interrogés, 12% (n=23) faisaient partie d'une association LGBT (Lesbien Gay Bisexuel Transgenre).

#### 1.4 Suivi global en médecine générale

86% des patients disaient qu'ils étaient suivis par un médecin généraliste (MG), parmi eux 88% avaient déclaré un médecin traitant auprès de la sécurité sociale.

Pour 58% des patients, leur médecin généraliste était un homme (n=107) et 42% (n=78) une femme.

Les patients de l'échantillon estimaient ainsi le nombre de consultations au cours des 12 derniers mois chez leur médecin généraliste : 21% (n=41) n'y étaient pas allés, 40% (n=79) avaient réalisé une ou deux consultations dans l'année et 39% (n=77) avaient consulté 3 fois ou plus leur médecin généraliste.

A propos de l'évocation de la sexualité avec leur médecin généraliste, le sujet a été abordé par 54% (n=104) des patients. 46% (n=89) estimaient que leur médecin généraliste leur avait parlé du VIH et de son dépistage, et 53% (n=103) avaient eu une prescription de dépistage au VIH par leur médecin généraliste.

## 1.5 Connaissance de la PrEP

La PrEP était majoritairement découverte via les réseaux sociaux (42% n=83) et le bouche à oreille, les amis (41% n=82), puis les médias (32% n=64) et les associations (32% n=63), les médecins spécialistes (14% n=28), la publicité (11% n=22) et enfin les médecins généralistes pour 10% (n=21).

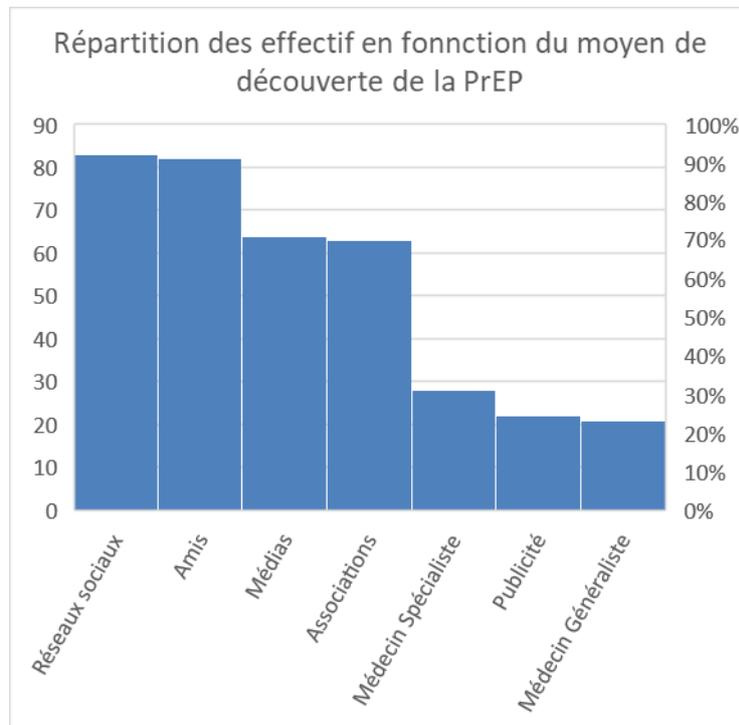


Figure 8 : Répartition des effectifs en fonction du niveau d'étude

## 1.6 Durée et modalités de la prise de PrEP

165 (82%) patients étaient sous traitement. Les autres patients (n=36) qui consultaient pour une primo-prescription ont été exclus du reste des analyses descriptives compte tenu de l'absence de données exploitables concernant leur suivi en médecine générale depuis la consultation PrEP en CeGIDD.

La durée moyenne de prise de traitement était de 11,39 mois (IC95% [10-12,77]), avec une médiane à 9 mois.

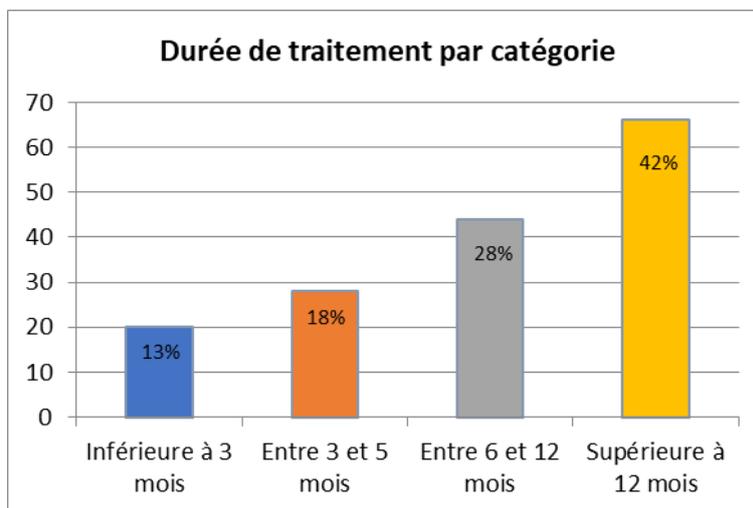


Figure 9 : Répartition des effectifs en fonction de la durée du traitement

Il s'agissait d'un traitement à la demande pour 47% (n=76) et d'un traitement continu pour 53% (n=86).

## 1.7 Relation avec le MG dans le cadre de la PrEP

### *Abord de la PrEP avec le médecin généraliste*

46% (n=74) des patients avaient déjà discuté PrEP avec leur MG

### *Critère de jugement principal*

Concernant le critère de jugement principal, le nombre de patients ayant informé leur médecin généraliste de la prise de PrEP était 48% (n=77). On a déploré 5 données manquantes.

### *Accessibilité au traitement*

La majorité des patients interrogés ne considéraient ni l'accès à la première prescription (87% n=144), ni l'accès aux consultations de suivi en CeGIDD (90% n=149) comme difficile.

### *Intervention du médecin généraliste dans le suivi du traitement*

Seulement 7% (n=12) des patients de l'échantillon avaient déjà consulté leur médecin généraliste dans le cadre d'un suivi de traitement PrEP.

Parmi ceux qui n'avaient jamais consulté leur MG pour le suivi, 22% (n=34) envisageaient préférer un suivi avec leur médecin généraliste.

## 1.8 Freins au suivi en ville de la PrEP

Selon les patients, les difficultés au renouvellement de la PrEP par leur médecin généraliste étaient multiples. En premier lieu, ils préféraient se rendre en centre CeGIDD car les tests à la recherche d'IST étaient réalisés dans le même temps (47% n=76). Un peu plus du tiers (37% n=60) pensaient que leur médecin généraliste n'était pas compétent, 15% (n=25) ne savaient pas que le suivi en ville était possible, 12% n'avaient pas de médecin généraliste habituel (n=19), 12% (n=19) considéraient les délais de rendez-vous en ville trop longs, 9% (n=14) les consultations trop courtes et la prise en charge en ville trop coûteuse.

9% (n=14) ne trouvaient aucune difficulté au renouvellement de la PrEP par un médecin généraliste.

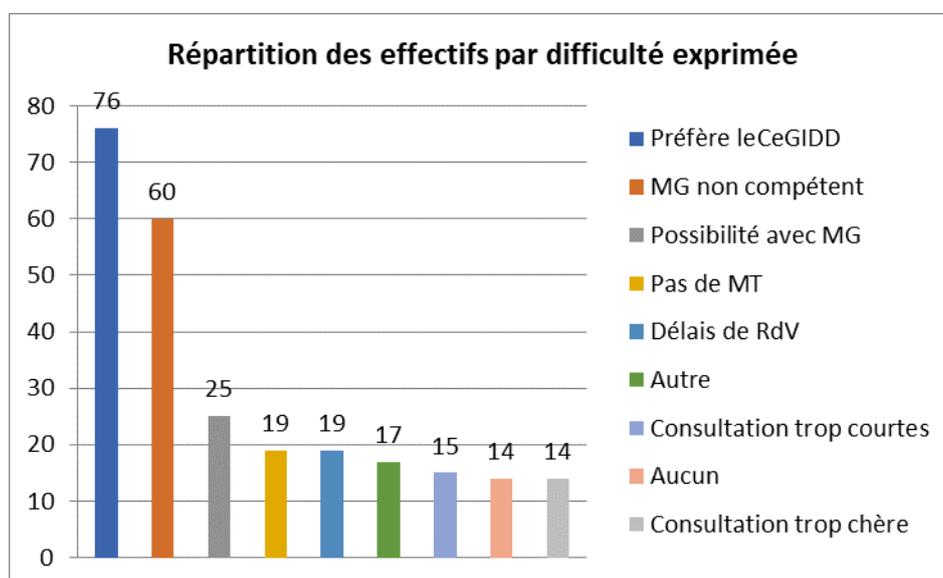


Figure 10 : Répartition des effectifs en fonction des difficultés exprimées

La réticence majoritaire exprimée à être suivi par un médecin généraliste était, dans l'ordre de fréquence, la crainte d'un manque de formation sur le sujet à 44% (n=72), la crainte globale sur l'attitude de leur MG à 29% (n=47), la crainte d'être jugé et le refus d'aborder sa sexualité avec le MG à 27% (n=45), la crainte d'un refus pour 9% (n=15), la crainte de la rupture du secret médical pour 7% (n=12), et enfin le genre et l'âge du médecin généraliste pour 5% (n=9) et 4% (n=7).

20% des patients interrogés n'exprimaient aucune réticence au renouvellement de leur traitement par un médecin généraliste (n=33).

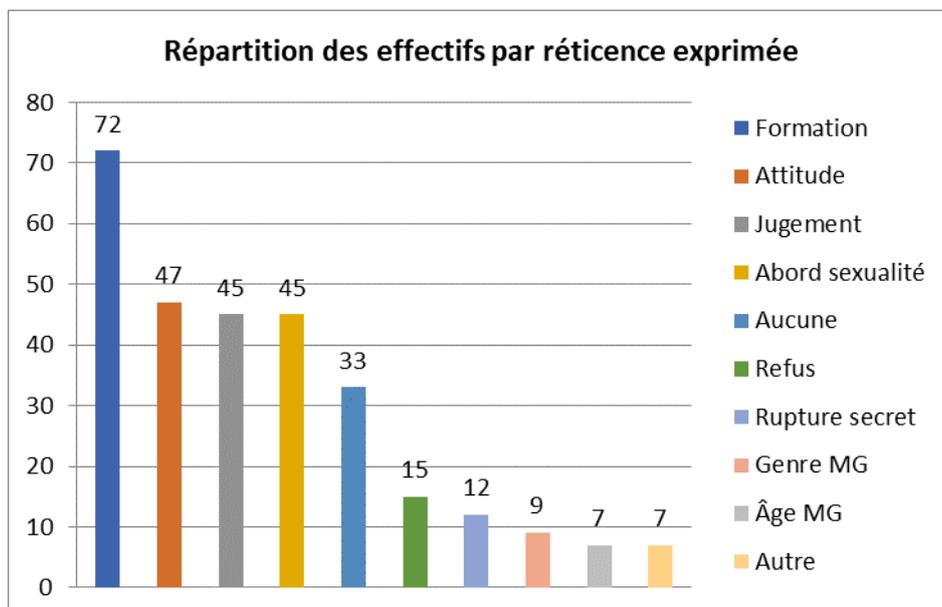


Figure 11: Répartition des effectifs en fonction des réticences exprimées

Pour ceux qui trouvaient des avantages au renouvellement de la PrEP, les critères avancés étaient multiples. Il s'agissait principalement de l'accessibilité et de la disponibilité du MG à 43% (n=70), de la prise en charge de tous les traitements et de leurs risques d'interactions à 42% (n=42), et de la proximité du cabinet à 41% (n=68). Le suivi sur le long terme et la qualité de l'écoute étaient mentionnés respectivement à 34% (n=37) et 13% (n=22). 23% (n=37) n'exprimaient aucun avantage à être suivi par un médecin généraliste.

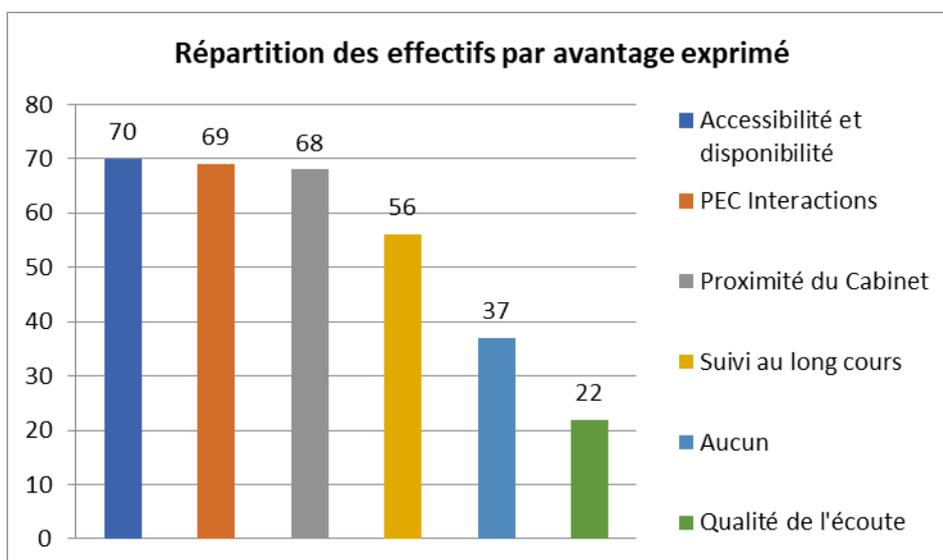


Figure 12 : Répartition des effectifs en fonction des avantages exprimés

## 2. Analyse descriptive par centre

Concernant le critère de jugement principal, les patients consultant à Saint Antoine avaient majoritairement mis au courant leur MG de leur prise de PrEP (61%) contrairement aux autres centres 38% Ridder, 44% pour l'Hôtel Dieu, et 45% pour Belleville.

La répartition des effectifs en catégorie d'âge était peu différente d'un centre à l'autre. Néanmoins, les patients de l'Hôtel Dieu étaient plus âgés (51% avaient entre 35 et 49 ans) et ceux de Belleville étaient globalement plus jeunes (55% avaient moins de 34 ans), comme on peut le voir sur la figure 13.

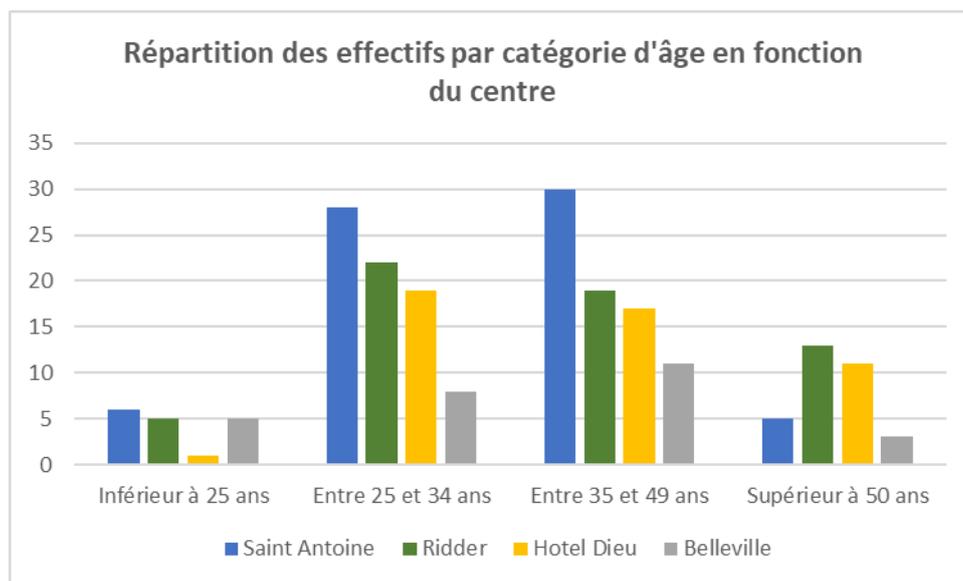


Figure 13: Répartition des effectifs par catégorie d'âge en fonction du centre d'inclusion

Ils étaient globalement plus nombreux à l'Hôtel Dieu à avoir débuté le traitement depuis moins de 3 mois aux autres centres (29% versus 6% pour Saint Antoine et 5% à Ridder et Belleville). Plus de patients de l'Hôtel Dieu avaient trouvé l'accès à la première prescription difficile (23% versus 14% pour Ridder 12% pour Belleville et 7% pour Saint Antoine).

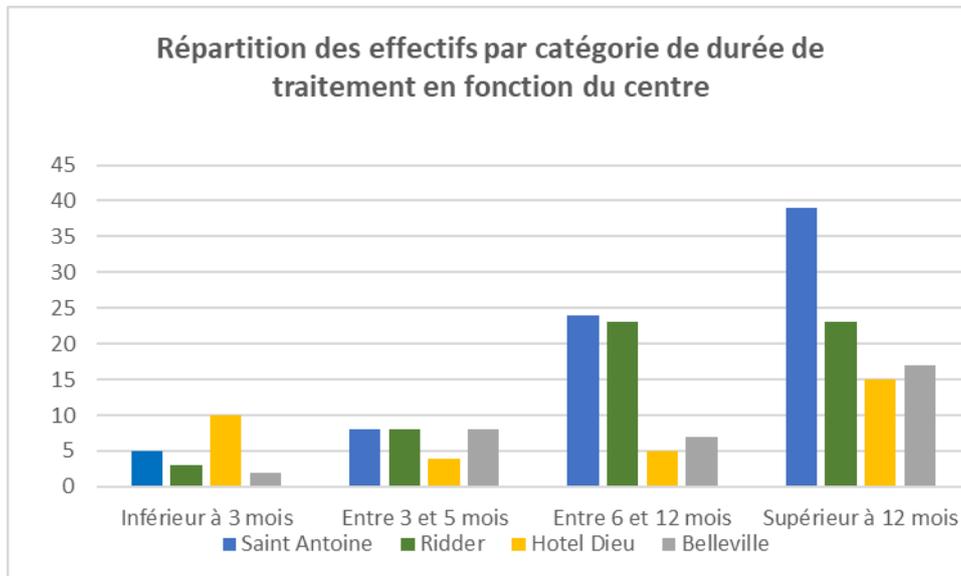


Figure 14: Répartition des effectifs par catégorie de durée de traitement en fonction du centre d'inclusion

Les patients de Belleville avaient relativement plus consulté leur MG (16%) pour un suivi PrEP que dans les autres centres (12% Hôtel Dieu, 4% pour Ridder et Saint Antoine).

Cependant les patients de Saint Antoine étaient plus enclins à préférer un suivi par leur MG 35% vs (18% Hôtel Dieu, et Belleville et 12% Ridder). De plus, ils étaient plus nombreux à avoir abordé la sexualité et avoir bénéficié d'un dépistage VIH avec leur MG à Saint Antoine (68% et 61%), que dans les autres centres (44% et 46% Ridder, 50% et 50% Belleville, et 52% Hôtel Dieu).

Pour l'analyse des freins au suivi en ville, des différences étaient constatées selon les centres : Ridder et l'Hôtel Dieu manifestaient en premier lieu préférer le CegiDD pour effectuer les tests IST dans le même temps, contrairement aux centres Saint Antoine et Belleville.

Certains patients n'étaient pas informés de la possibilité d'un suivi en ville à Saint Antoine 30% et Ridder 14% contrairement à Hôtel Dieu 0% et Belleville 3%.

Concernant les réticences, il y avait peu de différences. La formation du MG était citée en tête dans les 4 centres. Cependant, des disparités étaient visibles : l'abord de la sexualité était un critère important à Belleville (35%) et Ridder (38%) versus Saint Antoine (14%). La crainte d'une rupture du secret médical était mentionnée à 19% à Hôtel Dieu versus 8% à Ridder, 4% à Saint Antoine, et 3% à Belleville.

A propos, des avantages à consulter un MG, l'accessibilité et la proximité du cabinet étaient en tête dans les 4 centres.

### 3. Analyse comparative

Pour étudier la place du médecin généraliste dans le suivi de la PrEP, nous avons réalisé une analyse comparative des différentes variables étudiées entre les groupes. Nous avons séparé les patients répondants en deux groupes ; selon la réponse à la question « votre médecin généraliste est-il au courant de votre prise de PrEP ? »

Les résultats sont présentés dans les tableaux 2 et 3 en précisant la valeur p de chaque test utilisé.

#### 3.1 Analyse des caractéristiques sociodémographiques en fonction du CJP

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes ni pour l'âge des patients, le lieu de résidence, le centre CeGIDD, le niveau d'étude, l'appartenance à une association LGBT, ou enfin le genre du médecin généraliste.

Caractéristiques	N total	Votre MG est-il au courant?				p value
		Oui n = 77		Non n = 83		
		77		83		
Age						p = 0,749
Moyenne		36,89		37,38		
Département de résidence						p = 0,3266
Paris	94	43	59%	51	66%	
Ile de France	43	25	34%	18	23%	
Région	13	5	6%	8	10%	
Centre						p = 0,1118
Saint Antoine	56	34	44%	22	27%	
Ridder	48	18	23%	30	36%	
Hôtel Dieu	25	11	14%	14	17%	
Belleville	31	14	18%	17	20%	
Niveau d'étude						p = 0,2889
Sans diplôme	4	2	3%	2	2%	
Brevet	1	1	1%	0	0%	
CAP/BEP	12	4	5%	8	10%	
Bac	17	8	10%	9	11%	
Bac +2	40	23	30%	17	20%	
Bac +4	15	10	13%	5	6%	
Bac +5	71	29	38%	42	51%	
Association LGBT						p = 0,1775
Oui	15	10	13%	5	6%	
Genre du Médecin généraliste						p = 0,5128
Homme	91	42	56%	49	62%	
Femme	63	33	44%	30	38%	

Tableau 2 : Analyse comparative univariée des différents paramètres sociodémographiques entre les 2 groupes.

### 3.2 Analyse des caractéristiques de la relation médecin-patient

Le groupe « ayant mis son MG au courant » avait, de façon significative, consulté son MG plus souvent. ( $p < 0,001$ ). La moyenne du nombre de consultations au cours des 12 derniers mois était significativement plus élevée dans le groupe « MG au courant » que dans l'autre groupe.

Le groupe « MG au courant » déclarait avoir abordé la sexualité avec son MG à 82% ( $n=63$ ) contre 29% ( $n=24$ ) ( $p < 0,001$ ). De la même façon, le groupe « MG au courant », avait discuté VIH et de son dépistage à 71% ( $n=55$ ) contre 24% ( $n=20$ ) dans l'autre groupe ( $p < 0,001$ ).

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes pour la durée du traitement PrEP.

Si l'on s'intéresse aux difficultés évoquées au suivi en ville de la PrEP, il n'y avait pas de différence entre les groupes concernant l'expression du MG non compétent ni pour le fait de préférer aller au CeGIDD pour le suivi.

Au niveau des réticences potentielles, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour les réponses « crainte d'un manque de formation », « crainte d'une attitude en général, un manque d'écoute, un manque de bienveillance ». Cependant le groupe « ayant mis son MG au courant » n'avaient pas de réticence exprimée à aborder la sexualité avec le MG à 91% ( $n=70$ ), versus 44% ( $n=36$ ) pour le groupe qui n'avait pas mis son MG au courant ( $p < 0,001$ ).

Enfin, à propos des avantages exposés, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes pour la réponse : « accessibilité et la disponibilité ».

Caractéristiques	N total	Votre MG est-il au courant?				p value
		Oui n = 77    %		Non n = 83    %		
Nombre de consultation MG au cours de l'année						<b>p &lt; 0,0001</b>
O	27	4	5%	23	28%	
1 à 2 fois	70	28	36%	42	51%	
3 fois ou plus	62	45	58%	17	20%	
Abord de la sexualité avec MG						<b>p &lt; 0,0001</b>
Oui	87	63	82%	24	29%	
Non	72	14	18%	58	71%	
Abord du VIH et du dépistage avec MG						<b>p &lt; 0,0001</b>
Oui	75	55	71%	20	24%	
Non	84	22	29%	62	76%	
Durée de traitement PrEP						p = 0,2856
Moyenne		12,32		10,77		
Difficulté évoquée : MG non compétent						p = 0,1049
Oui	60	24	31%	36	44%	
Difficulté évoquée : Préfère le CeGIDD						p = 0,1114
Oui	73	30	39%	43	52%	
Réticence évoquée : Attitude du MG						p = 0,3799
Oui	45	19	25%	26	32%	
Réticence évoquée : ne pas aborder sa sexualité						<b>p &lt; 0,0001</b>
Oui	43	7	9%	36	44%	
Non	116	70	91%	46%	56%	
Réticence évoquée : formation du MG						p = 0,4284
Oui	101	37	48%	64	41%	
Qualité de l'écoute						p = 0,4222
Oui	22	11	14%	11	13%	

Tableau 3: : Analyse comparative univariée des différents paramètres de la relation médecin-malade entre les 2 groupes

## 4.Expression libre

La dernière partie du questionnaire laissait place aux commentaires des patients. L'étude des freins au suivi de la PrEP en ville lors des dernières questions du questionnaire laissait le choix pour une réponse « autre » associée à une zone de texte où le patient était invité à préciser sa réponse. Cet espace d'expression libre était intéressant et riche. En raison de cette variété, j'ai réalisé une synthèse par thème de ces commentaires.

- Le médecin traitant choisi est éloigné de leur domicile.
- La méconnaissance du système français.
- La gratuité du CeGIDD et son mode de fonctionnement simple et pratique,

- La possibilité d'échanger avec un spécialiste, le fait que le MG ne soit pas spécialisé dans les IST, que le sujet soit plus maîtrisé par les spécialistes « Non spécialiste des MST/VIH »
- La confiance dans le suivi avec le médecin du CeGIDD,
- La compartimentalisation de la santé sexuelle face à la santé globale ; « J'aime la séparation entre mon généraliste et le Cegidd. Le Cegidd est pour moi confronté à beaucoup plus de personnes dans le même cas que moi et sera plus à l'aise et plus expérimenté. »
- Le manque de confiance dans la qualité d'écoute du MG entraîne une difficulté à aborder la sexualité avec le MG : « Pas envie de parler de sexualité avec lui », « peu d'écoute sur des sujets moins intimes alors peu disposé à aborder des sujets qui relèvent de ma sexualité »

Le manque d'écoute des professionnels non LGBT : « Je ne pense pas que mon MT soit ouvert d'esprit » ; « les médecins LGBTQi , qui sont généralement plus compréhensifs et à l'écoute. »

- Le manque de compétence sur le sujet déclaré par le MG, le refus, ou bien le suivi par un spécialiste à la demande du MG
- L'exclusion des MG au dispositif initial
- La nécessité d'une formation spécifique pour les MG
- Les possibles préjugés religieux du MG,
- La stigmatisation sur l'orientation sexuelle.

L'annexe 4 laisse la totalité des commentaires dans leur forme brute.

# Discussion

---

## Rappel des principaux résultats

Alors que la PrEP est un nouvel outil dans la prévention du VIH et que le MG est autorisé à la prescrire et à en faire le suivi, peu d'études sont disponibles en France pour évaluer le rôle des praticiens de ville auprès des patients. Notre travail a pour but d'explorer la place du médecin généraliste dans cette pratique récente et d'apporter de nouvelles informations et perspectives.

A notre connaissance, il s'agit d'une des premières études, multicentrique, réalisée à Paris, qui interroge les patients « PrEPeurs » sur leur relation avec leur médecin généraliste. Cette étude, nous a permis de corroborer l'hypothèse, selon laquelle, les patients sous PrEP n'intègrent pas suffisamment leur médecin généraliste à leur parcours de soin dans le cadre du suivi de la PrEP. En effet, moins d'un patient sur deux de l'échantillon avait informé son médecin généraliste de son traitement et seulement un patient sur 14 l'avait consulté pour un renouvellement.

A propos de leur caractéristiques sociodémographiques, 99% des patients interrogés étaient des hommes, aucune femme n'a été incluse et seulement deux patients se sont déclarés transgenres. 99% des patients déclaraient être homosexuels. Ce résultat attendu, confirme donc que la population ciblée aujourd'hui par la PrEP est composée quasi exclusivement d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).

Le niveau d'éducation était élevé avec 79% de patients avec un niveau supérieur ou égal à Bac +2. La grande majorité des patients étaient salariés (79%) et bénéficiaient du régime de la Sécurité sociale.

Ces résultats permettent d'affiner un « profil type » du participant à notre étude : il s'agit d'un homme de 30 à 42 ans, gay, né en France, ayant fait des études supérieures, salarié et bénéficiant de la Sécurité sociale.

Ces caractéristiques sociodémographiques n'étaient pas des variables significatives et ne semblaient pas intervenir dans l'information donnée au médecin généraliste, il en est de même pour la durée du traitement. Il semblerait que les facteurs favorisant la mention du traitement PrEP au médecin généraliste, se manifestent dans la relation qui unit le patient à son MG.

En effet, en termes de relation médecin-patient, si aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence concernant le taux de suivi auprès d'un MG ou de déclaration de médecin traitant ou même le genre de ce dernier, la fréquence des consultations au cours de l'année est plus importante dans le groupe ayant mis son MG au courant.

L'abord de la sexualité semble jouer un rôle déterminant. Ainsi le groupe « MG au courant » déclarait-il avoir abordé la sexualité avec son MG à 82%. Le VIH et son dépistage avaient également été abordés de manière significative (71%) dans le groupe « MG au courant ». Alors que dans le groupe « MG non au courant » seulement 29% avaient évoqué la sexualité avec leur MG, et 24% avaient parlé du VIH et de son dépistage.

Le médecin généraliste ne semble pas être promoteur de la PrEP dans notre étude puisque seulement 10% des patients indiquent que leur praticien est à l'origine de la découverte de la PrEP.

Concernant les freins au suivi en ville, il semblerait, que, dans notre travail, seul le fait de ne pas souhaiter aborder sa sexualité avec son MG soit déterminant dans l'intégration de celui-ci dans son parcours de soin (91% vs 44%). Aucun avantage au renouvellement par son MG n'a été mis en évidence dans un des deux groupes.

Il semblerait que plusieurs éléments doivent être conjugués pour instaurer un climat de confiance dans la relation médecin-patient et plus particulièrement en ce qui concerne la santé sexuelle du patient pour faciliter l'abord de la question de la PrEP auprès de son MG. Parmi, ces éléments, les plus significatifs sont : un nombre plus important de consultations au cours de l'année, l'abord de la sexualité, du VIH et de son dépistage, ainsi que l'absence de réticence à parler de ses pratiques sexuelles avec son MG.

Il est important de noter que les résultats de notre analyse comparative ne permettent de conclure en terme d'association et non de causalité, des recherches futures seraient indispensables pour établir des liens de causalité.

## **Validité interne**

### **Analyse du protocole de l'étude**

Comme présenté dans l'introduction, la PrEP est à l'heure actuelle prescrite dans 91% des cas par un médecin spécialiste en centre hospitalier ou CeGIDD, c'est la raison pour laquelle l'étude se déroulait dans des CeGIDD, afin d'avoir un accès plus facile à cette population.

Le caractère multicentrique de l'étude permettait de limiter le biais de sélection. Cependant le nombre de centres participant a été limité à quatre pour différentes raisons : d'une part à cause du refus de participation de certains centres compte tenu d'autres études en cours, d'autre part à cause de l'absence de réponse de plusieurs autres centres malgré mes sollicitations, et enfin par manque d'implication des médecins ayant initialement accepté de participer puisqu'un centre hospitalier n'a finalement recueilli aucun questionnaire.

La prévalence de la prise de PrEP étant plus importante en Ile-de-France d'après les chiffres de l'ANSM (41), où la population gay est développée, l'étude a été limitée aux centres parisiens. Une étude à l'échelle nationale serait intéressante car les habitudes de santé peuvent y être bien différentes.

Le groupe de patients étudié ne représente qu'un échantillon puisque les patients étaient recrutés uniquement via les CeGIDD, les résultats de l'étude ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble de la population de patients sous PrEP. Cette approche introduit inévitablement un biais de sélection.

L'absence de recrutement systématique et donc l'absence de calcul du taux de réponse est une des limites principales de l'étude et crée également un biais de recrutement. Nous avons remarqué cependant, que durant la première journée de recrutement, aucun refus n'avait été rapporté sur les quinze patients consultant pour la PrEP dans un centre. Nous pourrions donc extrapoler sur le fait qu'il s'agit d'un biais de faible amplitude. La faisabilité d'une étude demandant aux médecins investigateurs d'inviter chaque patient à chaque consultation est difficile compte tenu du rythme rapide de ces consultations.

Concernant les critères d'exclusion, les patients mineurs ou sous mesure de protection des personnes ne pouvaient participer pour des raisons éthiques. L'exclusion des patients ayant des troubles cognitifs ou ne lisant pas le français était lié au fait qu'il s'agissait d'un auto-questionnaire nécessitant une parfaite compréhension de la langue et des questions.

## **Critique du questionnaire**

### *Points forts*

Nous avons utilisé un auto-questionnaire car l'utilisation d'un questionnaire rempli par un professionnel de santé aurait pu entraîner un biais de sous-déclaration, notamment pour la déclaration de freins au suivi en ville. Un questionnaire rempli par un professionnel de santé aurait également été limité dans sa faisabilité, en augmentant la durée des consultations et donc risquant d'entraîner une baisse de l'implication des médecins participants.

La bonne compréhension du questionnaire par les patients est suggérée par le faible taux de données manquantes (10,4%). L'utilisation de questions fermées, donc simples et aussi que la limitation de leur nombre et donc du temps de remplissage ont favorisé une bonne adhésion au questionnaire. Le choix des expressions et l'emploi d'un ton neutre permettaient d'éviter d'orienter ou d'influencer les réponses. Ce questionnaire permettait de décrire au maximum la population et les facteurs en rapport avec la problématique.

En ce qui concerne le critère de jugement principal, la question « le médecin généraliste est-il au courant de la prise de PrEP », semblait la plus judicieuse pour plusieurs raisons.

En premier lieu, il fallait tenir compte des chiffres de l'ANSM (41) des travaux d'études qui soulignent que peu de MG prescrivent aujourd'hui la PrEP (environ 9%), la proposition « avez-vous consulté un MG pour le suivi de la PrEP » n'a donc pas été choisie.

Le critère « avez-vous discuté PrEP avec un MG » n'a, également, pas été choisi. En effet, la PrEP peut être un sujet de discussion à l'occasion d'échanges sur la prévention du VIH, et les progrès potentiels que la PrEP représente, le patient n'évoquant pas forcément sa situation personnelle.

Si en revanche, le patient va plus loin dans la discussion avec son MG et se confie sur sa situation en le tenant informé de sa prise de PrEP, cela revient à poser la question : « votre MG est-il au courant ».

Au final, la question « le médecin généraliste est-il au courant de la prise de PrEP » m'est apparue comme une formulation plus simple et plus claire, évitant les risques de confusion et les erreurs de mesure.

### *Limites*

La principale limite de ce travail était l'évaluation rétrospective des données, cette limite étant inhérente aux études transversales.

Le manque de puissance de l'étude peut également être souligné. La population recrutée s'élevait à 201 patients interrogés. Cependant l'analyse comparative a été calculée sur les 165 patients qui étaient suivis pour la PrEP, les patients consultant pour une primo-prescription n'ont pas été inclus dans ces tests. Or plus le nombre de sujets est important plus l'échantillon est représentatif de la population étudiée.

On peut aussi évoquer un biais de mémorisation concernant la question du nombre de consultations chez le médecin généraliste au cours des douze derniers mois et concernant la question de la durée de traitement en mois, les patients devant répondre selon leurs souvenirs ou leurs approximations subjectives.

Une autre limite de l'étude est qu'elle ne comportait pas d'évaluation par l'utilisation de scores de satisfaction de la relation médecin-patient. On peut aussi noter que le recueil d'expérience négative après avoir discuté de la PrEP avec un médecin généraliste n'était pas réalisé.

Par ailleurs, les trois dernières questions étaient semi-qualitatives avec des questions à choix multiples pouvant orienter le patient à cocher davantage de réponses que sa propre réflexion ne

lui en aurait suggérée, phénomène qu'une question ouverte aurait pu éviter. Il est donc difficile d'analyser la part des patients qui n'ont pas de préjugés à consulter leur MG pour le suivi de la PrEP ayant pourtant exprimé des difficultés ou bien des réticences à travers notre questionnaire. Enfin, une partie des questionnaires comportait des réponses incomplètes, ce qui peut s'expliquer de différentes manières (mauvaise compréhension, manque de temps, manque de concentration, etc...).

## **Validité externe**

### **Caractéristiques sociodémographiques**

L'âge moyen de notre échantillon était 37,2 ans. Il est parfaitement similaire à la moyenne d'âge des « PrEPeurs » en France : 38 ans d'après l'ANSM (41). Cet âge est comparable dans l'étude Ipergay (37 ans) et dans l'étude ANRS-Prevenir (36 ans).(30)(38). L'étude de D. Rollet (2019) (49) qui a interrogé des patients HSH en centre CeGIDD parisiens, retrouvait également un âge moyen de 36,6 ans sur son échantillon de patients.

Dans notre échantillon, nous dénombrons 99% d'hommes, ce qui est similaire aux chiffres des études Ipergay (30) et ANRS-Prevenir (38) qui rapportent 98% d'hommes. A noter, que notre échantillon comportait 2 patients transgenres soit 1% de l'échantillon, ce pourcentage s'élevant seulement à 0.4% dans l'étude ANRS-Prevenir.(38)

Dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'HSH (98%), ce qui est conforme là encore, à l'ensemble des études considérées. (30,38,49)

A propos de leur origine géographique, dans notre travail plus de 80% des patients habitaient Paris ou sa région ; ces patients représentent la moitié des patients sous PrEP à un niveau National d'après l'étude d'Ipergay (30). 80% des patients de notre échantillon déclaraient être nés en France, un peu moins que les 90% retrouvés par l'étude Ipergay (30). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que l'étude a été menée uniquement à Paris et non à un niveau national, ce qui pourrait refléter le caractère cosmopolite d'une mégalopole comme Paris.

Au niveau de leur catégorie socio professionnelle, les données semblent confirmer que les «PrEPeurs» constituent un public bien inséré professionnellement. Les patients de l'échantillon étaient globalement très instruits avec 88% de patients ayant un niveau bac ou plus, dont 45% bac +5 ou supérieur. Ils avaient pour la plupart une activité professionnelle : 79% déclaraient être salariés. Ces chiffres sont globalement supérieurs à ceux de l'étude Prevenir (38) qui retrouve 60,9% de patients bacheliers et 69,1% d'employés. Ces différences sont probablement liées aux caractéristiques de la population parisienne en général, sans doute plus diplômée et

plus active sur le marché du travail. Là encore notre échantillon ne peut être le reflet de l'ensemble de la population sous PrEP car il faudrait pour cela les évaluer sur le territoire national.

## **Modalités de traitement**

Dans notre étude, 47% déclaraient avoir un traitement à la demande. Ce résultat conforte celui de l'étude Prevenir (38) qui distingue 49,2% de traitement à la demande lors de son dernier communiqué en juillet 2019.

## **Déclaration du médecin traitant et fréquence des consultations**

Dans notre enquête, 89% des patients indiquaient déclarer un médecin traitant, ce chiffre est similaire à l'étude *Homogen* (50) qui interrogeait des HSH (87,3%). Les patients notaient que leur MG était un homme pour 58% d'entre eux et d'une femme pour 42%. Ces résultats diffèrent de l'étude *Homogen* (50) (70% de MT homme) mais se rapprochent sensiblement des chiffres de la démographie médicale parisienne (51) qui compte 62% d'hommes et 38% de femmes.

82% des patients de notre échantillon faisaient état d'au moins une consultation par an chez le médecin généraliste. L'étude *Homogen* (50) retrouvait une proportion parfaitement similaire avec 81,5% de patients HSH déclarant consulter son MG au moins une fois par an. L'étude de D. Rollet faisait état d'une moyenne de 2,82 consultations par an dans son étude, ce qui semble être un peu plus important que notre étude où seulement 39% des patients notifiaient 3 ou plus de consultations par an.

Dans l'enquête *Homogen* (50), 65% annonçaient consulter prioritairement leur MG en cas de problème de santé sexuelle contre 27% en CeGIDD. Alors que dans notre étude nous retrouvons 47% des patients déclarant « préférer aller en centre CeGIDD » concernant le renouvellement de la PrEP. Dans la thèse de K.Nivard-Duguet (52), *Raisons pour lesquelles les patients, ayant un médecin traitant, consultent au CDAG de Bordeaux pour le dépistage du VIH*, 38,7% des patients déclarent choisir ce type de centre pour bénéficier du même lieu de consultation et de prélèvement, 38,0% pour l'anonymat et 35,2% pour la gratuité. Les caractéristiques liées au MT ne semblent pas être les raisons majeures. Bien que ces résultats ne soient pas comparables, ils rendent compte du rôle secondaire du MG pour ces questions liées au VIH.

Le résultat de la question « Avez-vous déjà discuté PrEP avec votre MG ? » dans notre échantillon n'était pas discriminant La réponse « oui » s'élevait à 46% de notre échantillon,

mais il semble plus important que dans les études étudiant les HSH en général. Effectivement, les HSH interrogés par l'enquête *Homogen* (50), 11.3% avaient déjà discuté de la PrEP avec leur MT et 6.4% envisageaient de le faire.

A la question « comment avez-vous découvert la PrEP ? », dans notre enquête, le médecin généraliste apparaît seulement en dernière position avec seulement 10% des patients rapportant la découverte de la PrEP à leur médecin généraliste. Ces résultats sont à comparer avec ceux de *EGaLe-MG* (53) qui faisaient état d'une quatrième position des MG en tant que source d'information (23,6% des HSH considéraient leur MG comme source d'information utile en santé sexuelle). Ces chiffres mettent en évidence la carence des informations destinées au médecin de ville dans ce domaine et l'importance de campagnes de sensibilisation et d'information qu'il faudrait organiser pour combler ce manque de connaissances. Ce sont les réseaux sociaux qui arrivaient en tête de la source d'information de la PrEP puisque 42% des patients de notre échantillon avaient appris l'existence de ce mode de traitement préventif grâce à eux.

## **Formation du médecin généraliste**

L'absence de compétence potentielle sur le sujet de la PrEP et le manque de formation du médecin généraliste, semble être la principale appréhension au suivi en ville des patients sous PrEP (respectivement déclarés à 37% et 44%).

Plusieurs études se sont intéressées aux freins du renouvellement de la PrEP par les MG. Les études de Foka Tichoue, Chiarabini et Zeggagh (47,54,55) font état d'un manque d'information de la part des professionnels de santé sur ce sujet. Moins de deux tiers des médecins (au niveau national) avaient entendu parler de la PrEP dans l'étude T. Chiarabini (55), ce qui était sensiblement identique à la thèse de H. Foka Tichoue (54) dans le département de la Seine-Saint-Denis. Néanmoins, la thèse de J. Zeggagh (47) réalisée auprès de médecins généralistes parisiens montrait des résultats moins pessimistes avec 86% des MG ayant déjà entendu parler de la PrEP. Malgré cela, dans cette dernière étude seulement 26% de l'ensemble des MG interrogés connaissaient réellement les indications de la PrEP.

La préoccupation majeure, parmi les praticiens, était bien l'absence de formation reçue (86.6%). Ce manque d'information était davantage retrouvé chez les praticiens n'ayant pas encore l'habitude de renouveler la PrEP, cela freinant la prescription ainsi que le suivi. Cette même observation avait été rapportée dans plusieurs études internationales (48,56)

Ces résultats sont très intéressants à relever car ils reflètent, parfaitement en miroir, les craintes des patients à consulter leur MG pour la PrEP comme nous le retrouvons dans notre étude.

## **Abord de la sexualité**

45% des patients de notre étude révélèrent ne pas aborder leur sexualité avec leur médecin généraliste. Ce résultat se rapproche fortement des 42% de patients de l'étude *Homogen* (50) qui confiaient ne jamais avoir parlé sexualité avec leur médecin traitant. Les participants n'ont pas été interrogés sur le fait d'avoir informé leur MT de leur orientation sexuelle, ni si cette mention avait été faite à leur initiative ou si elle avait eu lieu lors de la première consultation. Ces questions semblent pourtant déterminantes dans la relation de confiance établie avec le médecin généraliste.

Si l'on interroge les médecins parisiens tel que l'a fait J. Zeggagh dans son étude (47), 11.5% des médecins généralistes confiaient ne jamais aborder la sexualité, deux fois sur trois parce qu'ils se sentent mal à l'aise. De la même façon, 25.6% des praticiens dans l'étude T. Chiarabini (55) étaient d'accord pour dire que ne « pas connaître l'orientation sexuelle de leur patient » est un obstacle au renouvellement de la PrEP. Ces résultats soulignent bien une certaine réticence d'une partie des professionnels de santé à aborder ces sujets de sexualité et d'orientation sexuelle de leur patient, du fait même de leur propre difficulté à en parler.

Le genre des MG n'avait pas d'incidence sur ces résultats. Le sexe du MT dans l'enquête *Homogen* (50) n'était pas non plus associé à des différences en terme de mention ou non de l'orientation sexuelle à son MT. Il en est de même dans notre étude, aucune différence n'a été retrouvée entre le fait de mettre son MG au courant de son traitement PrEP et le genre du MG. Seulement 5% des patients exprimaient une réticence vis-à-vis du genre ou de l'âge de leur MG.

Or, le fait de ne pas aborder la sexualité en consultation semble être un obstacle fondamental à l'information du MG par le patient de son traitement par la PrEP. C'est en effet le seul frein statistiquement significatif par rapport au critère de jugement principal. Discuter de sa pratique sexuelle paraît être une approche indispensable pour aller plus loin dans la démarche de dépistage au VIH et a fortiori pour discuter de la PrEP, même si tous les patients ne semblent pas suffisamment à l'aise pour en parler. Effectivement, 27% des patients sous PrEP de notre étude révélèrent ne pas souhaiter aborder leur sexualité avec leur MG. Ce résultat est plus important que celui retrouvé dans l'étude *EGaLe-MG* (53) qui interrogeait l'ensemble de la population HSH où 14% des patients pensaient que leurs pratiques sexuelles ne regardaient pas le MG. Cette différence peut s'expliquer par le caractère stigmatisant pour les HSH d'être sous

PrEP. En effet 27% des patients sous PrEP de notre échantillon craignaient un jugement de la part de leur MG contre 8,6% des patients confessant « craindre une réaction négative de la part du MT » tout thème confondu, dans l'étude *Homogen*. (50)

La crainte d'une rupture du secret médical est rare mais présente : elle est retrouvée à hauteur de 7% dans notre étude mais ne semble pas aussi importante que celle de l'étude *EGaLe-MG* (53) qui atteignait 13,1% chez les HSH. Là encore, le fait de vivre à Paris dans l'anonymat et d'avoir à disposition une importante offre médicale réduit ce risque pour les patients HSH.

## Perspectives

Dans notre travail, la place du médecin généraliste semblait être limitée : un patient sur deux avait informé son médecin généraliste de sa prise de PrEP, et seulement 1 sur 15 avait déjà consulté son MG pour le renouvellement de la PrEP.

Ces résultats rejoignent les constatations faites par l'enquête « Normalisation de la PrEP, confiance et moralisme » menée par M. Ahmed pour le diplôme de master 1 de l'école des Hautes Etudes en Sciences Sociales de l'Université Paris XIII (57). Cette étude avait pour but d'évaluer les représentations des différents acteurs et utilisateurs de la PrEP. Les conclusions sur le rôle du médecin généraliste dans le dispositif, confirmaient qu'actuellement les médecins généralistes étaient encore tenus à l'écart, activement par les « PrEPeurs » et passivement par les médecins spécialistes. Ici, M.Ahmed entend par « passivement » le fait que les spécialistes n'informent pas systématiquement leurs patients d'un suivi possible auprès des médecins généralistes.(57)

Pour illustrer leurs conclusions plusieurs pistes étaient évoquées :

En premier lieu, la crainte pour les patients de la perte d'une relation de confiance établie à la consultation spécialisée en centre hospitalier ou CeGIDD et leur préférence à être suivi dans ces centres afin d'assurer « la garantie d'une compétence que leur offrent ces "pros" ».

En second lieu le choix de séparer leur santé sexuelle du reste de leurs autres problèmes de santé était manifeste. Cette compartimentation semblait, en partie, être entretenue par des doutes émis par des médecins spécialistes sur le suivi en ville de la PrEP, « conscients du fait que les " PrEPeurs " abordent uniquement les problèmes de santé "banals" avec leur médecin traitant, et évitent leurs problèmes de santé sexuelle ».

Enfin, les médecins généralistes n'étaient pas associés à leur prise de PrEP « pour éviter une certaine crainte de stigmatisation et de jugement moral de la part des médecins traitants ».(57)

Nous allons maintenant aborder différents axes qui devraient avoir un impact dans le rôle du MG dans la prise en charge de la PrEP.

## **Améliorer la formation des MG**

Un des obstacles que notre étude semble mettre en avant dans le renouvellement de la PrEP par les médecins généralistes est leur manque de compétence et leur absence de formation sur ce sujet.

Comme nous l'avons expliqué précédemment, ce manque d'information est également ressenti par les MG. Une actualisation des cours de maladies infectieuses lors du cursus universitaire des futurs MG s'avère nécessaire et la PrEP doit être intégrée aux différentes stratégies de prévention du VIH. La réactivité du contenu de cette formation initiale théorique et pratique est indispensable pour coller à la réalité.

Quant à proposer aux médecins installés des réunions de travail sur la PrEP, il faut l'envisager plutôt comme une formation continue. Elle est obligatoire pour chaque médecin, et s'intègre dans le dispositif du DPC (Développement Professionnel Continu), qui est rémunéré. Par exemple, le SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste), propose une formation de deux jours à Paris sur les actualités du VIH et notamment sur la PrEP dans le cadre du DPC. D'autres moyens d'informations médicales pourraient être développés : il existe par exemple déjà, un site internet dédié au sujet qui propose des fiches d'informations sur la PrEP (58). Ce site, destiné aux professionnels a été créé par une association (notamment PrEP Info). Ce type de site, mériterait d'être plus connu, d'avoir un nom facile à mémoriser à l'exemple des sites très utiles pour les MG comme Antibiocliv ou Gestaclic, largement utilisés par les praticiens en cours de consultation.

Enfin, la lutte contre l'hétérosexisme auprès des étudiants en médecine générale serait intéressante, comme le souligne une étude réalisée aux Etats-Unis.(59)

## **Optimiser les parcours de soin**

L'amélioration du parcours de soins des patients consultant pour la PrEP reste indispensable, même si notre étude n'a pas mis en évidence de difficulté particulière dans l'accès à la première consultation ni aux consultations de suivi en CeGIDD. Les patients semblent vouloir séparer leur santé sexuelle de leur santé globale, et finalement cloisonnent leurs différents interlocuteurs

en fonction du sujet, ce cloisonnement s'appelle également compartimentation. Une évaluation de cette compartimentation des médecins dans le parcours des patients à risque serait intéressante et pourrait faire l'objet d'une étude à part entière. La question de maison de santé communautaire pourrait également être examinée dans ce sens.

De plus, un travail entre les CeGIDD et les médecins généralistes pourrait réduire ces difficultés et ainsi éviter l'engorgement des centres spécialisés. Ces derniers pourraient en effet devenir saturés dans l'avenir si l'on considère le nombre de patients potentiels à la PrEP. Il s'agit donc de former des médecins généralistes au renouvellement de la PrEP pour privilégier l'accès à la primo-prescription et du renouvellement annuel en CeGIDD. Des réunions d'informations ont déjà lieu auprès des médecins généralistes, elles sont principalement organisées par des associations communautaires. Il serait indispensable que les spécialistes informent systématiquement leurs patients d'un suivi potentiel auprès de généralistes formés. Un courrier de liaison rempli par le médecin hospitalier ou CeGIDD et une fiche de bon usage des médicaments par l'HAS devraient automatiquement être transmis au MG afin de coordonner la prise en charge du patient et d'assurer la continuité des soins.

Ainsi, ces points d'informations, s'intégrant dans un échange entre les généralistes et les spécialistes, auraient pour but non seulement d'actualiser les connaissances des MG, mais aussi de faciliter leur intégration dans un réseau de prise en charge de la prévention du VIH

## **Faciliter l'abord de la sexualité**

La mise en évidence d'un lien significatif entre l'information du MG par le patient de son traitement PrEP et l'abord de la sexualité en consultation est claire dans notre travail. Ce résultat est cohérent avec l'étude *Homogen* (50), qui avait mis en évidence que 80% des HSH consultaient leur MG pour des problèmes relatifs à leur santé sexuelle lorsque le MG était au courant de leur orientation, et que ce chiffre diminuait à 50% lorsque le MG n'était pas au courant de l'orientation sexuelle du patient.

Malgré l'expression de plus en plus libre à propos de la sexualité dans notre société, le sujet reste tabou. La sexualité fait partie de l'intime. La question de la santé sexuelle peut être difficile à établir par le professionnel de santé par peur de l'intrusion dans la vie du patient.

L'abord de la sexualité a été étudié à plusieurs reprises en médecine générale, plusieurs constats ont été obtenus. Dans le Travail de Thèse de L. Partaud, (60) la mise en place de stratégies de communication et d'intervention lors de contextes particuliers amélioreraient l'abord de la sexualité. Six situations cliniques ont été identifiées : la prévention des conduites à risque, les

pathologies de la sphère uro-génitale, les troubles psychiatriques, les conjugopathies, la iatrogénie médicamenteuse et les facteurs de risques cardiovasculaires. De la même façon, systématiser l'abord de la sexualité est intéressant, cela consiste à évoquer la sexualité du patient à chaque consultation. L'OMS définit la santé sexuelle comme un état de bien être en l'absence de maladie (61), et elle fait partie intégrante de la qualité de vie des personnes au même titre que la santé mentale par exemple. Cette intégration à une prise en charge globale du MG à l'aide de questions systématiques tel que « êtes-vous sexuellement actif actuellement ? » peut être développée. Cette dernière question fait partie des outils de communication pour aborder la sexualité proposée par des études américaines (62–64). Cette communication optimisée et prédéfinie pourrait augmenter les dépistages des comportements à risque.

Ces techniques d'abord de la sexualité existent et méritent d'être connues et enseignées aux futurs MG pendant leurs stages pratiques. Car la sexualité reste taboue dans notre société et l'approche du MG doit éviter toute forme de moralisation pour que le patient sache que le médecin aborde lui-même ces problèmes sans crainte, tout en respectant la pudeur du patient. Ces sujets doivent être traités à l'aide de question informatives et simples, sans jugement, sans intrusion, sans a priori, sans moralisation. Enfin, le MG doit rappeler que le secret médical est absolu, et que ce qui se dit en consultation est strictement tu, même auprès des autres membres de la famille si le MG est le médecin de famille et même si le patient est mineur.

Ces outils de communication seraient d'autant plus efficaces s'ils étaient couplés à l'utilisation de supports et d'auto-questionnaires.

Eviter la stigmatisation des utilisateurs reste indispensable à une bonne prise en charge car elle nuit à la relation médecin-patient. Or cette relation permet de développer une certaine confiance. L'abord de la sexualité est facilité par cette confiance qui se crée progressivement dans cette relation tel que le souligne C. Charpentier dans son travail sur *L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humain en cabinet de médecine générale*. (65)

## **Bonnes pratiques**

Quelques bonnes pratiques, pourraient selon nous renforcer la place du MG et faciliter son intégration auprès des patients sous PrEP.

- Eviter les discours suggérant un jugement de la part du praticien, ceux-ci faisant émerger un sentiment de stigmatisation et de conflit dans la relation.
- Aborder systématiquement la question de l'orientation sexuelle et des pratiques sexuelles chez tous les patients, dès la première prise de contact, en créant le dossier.

- Rappeler au patient le caractère confidentiel de l'entretien en particulier si plusieurs proches sont suivis par le même praticien.
- Favoriser l'utilisation de brochures et documents papiers en salle d'attente. Leur emploi permet d'appuyer un discours et d'ouvrir la discussion de manière neutre.
- Montrer au patient que sa situation n'est pas isolée, que le cabinet médical est un lieu pour en parler.
- Redéfinir le rôle du MG en se positionnant en tant que professionnel de santé afin de lever la gêne du patient.
- En cas de difficulté de prise en charge, connaître les structures spécialisées pour y adresser le patient.

## Conclusion

---

Les derniers chiffres du VIH produits par les équipes de Santé Publique France et présentés officiellement en mars 2019 ne sont pas encourageants. Ces chiffres sont stables depuis plusieurs années. Ce constat a débouché sur de nouveaux moyens de prévention, faisant surgir un nouveau modèle de prévention diversifié et personnalisé : la préexposition prophylaxie (PrEP). De nombreuses études ont démontré son efficacité. Ce nouveau traitement a été adopté par une partie des patients à haut risque de contracter le VIH que sont les HSH mais un public plus large notamment les femmes et les patients d'origine sub-saharienne, devrait être ciblé. Les médecins généralistes jouent un rôle pivot dans la prévention du VIH et ont leur place dans le développement de la PrEP en France. Depuis 2 ans, ils ont la possibilité d'en assurer le suivi après une initiation par un spécialiste. Notre étude a permis d'aborder la place du médecin généraliste par le prisme des patients sous PrEP à Paris et actuellement suivi en centre CeGIDD. Elle permet également d'identifier les freins au renouvellement de la PrEP par les médecins généralistes. Notre étude suggère que moins d'un patient sur deux, actuellement sous PrEP, a mentionné auprès de son médecin généraliste sa prise de traitement. Seulement 7% des patients sous PrEP ont déjà consulté leur médecin généraliste dans le cadre d'un renouvellement. Les patients interrogés semblent répondre à un profil type ; la majorité des patients étaient des HSH, avaient une moyenne d'âge de 37 ans et un haut niveau socioprofessionnel. Notre étude a sélectionné par son recrutement une population intégrée socialement et parisienne, qui ne peut correspondre à l'ensemble de la population sous PrEP en France. Plusieurs réticences sont évoquées par les patients, et notre étude révèle que la principale crainte concerne un manque de connaissance de la part des médecins généralistes sur ce nouveau traitement. Cette inquiétude reflète bien le manque d'information des MG sur le sujet, confirmé dans plusieurs études. Pour améliorer ce constat, plusieurs moyens sont possibles comme l'actualisation permanente des formations. La transmission des nouvelles connaissances et des nouveaux traitements doit être renforcée, dans la période de l'externat et aussi dans les trois ans qui suivent l'examen national classant. En effet, l'internat de médecine générale allie une formation pratique et théorique qui facilite une meilleure approche des patients. Pour actualiser les points de formations des médecins installés, il faut que les médecins généralistes aient connaissance de la réalité des différentes thérapeutiques à leur disposition. Ces informations relatives à la PrEP doivent cibler les professionnels de santé dont la patientèle est susceptible d'avoir accès à ces traitements. Pour stimuler ce besoin d'actualisation de connaissance, il faut d'une part, renforcer les liens entre les médecins généralistes et l'hôpital en consolidant les échanges et d'autre part, encourager la formation médicale continue. Nous avons également souligné l'importance de la

qualité de la relation entre le médecin et le patient. L'abord de la sexualité en consultation semble être fondamentale et permet de renforcer la confiance et de faciliter l'approche de la prévention par la PrEP. Plusieurs pistes de travail s'ouvrent pour compléter nos observations, et il serait intéressant d'analyser les difficultés au renouvellement de la PrEP via une étude qualitative interrogeant les patients.

## Bibliographie

1. OMS. OMS | VIH/sida [Internet]. WHO. 2018 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/fr/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/fr/)
2. ONUSIDA. Fiche d'information 2019 — Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida [Internet]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/Homepage>
3. INVS. Bulletin de santé publique infection à VIH. octobre 2019. [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-sida.-octobre-2019>
4. INVS. Bulletin de santé publique infection à VIH. Mars 2019. [Internet]. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Bulletin-de-sante-publique-infection-a-VIH.-Mars-2019>
5. vih.org. Stabilité des chiffres du VIH en France [Internet]. vih.org. 28/032019. Disponible sur: <https://vih.org/20190328/stabilite-des-chiffres-du-vih-en-france/>
6. Le VIH en France en 2017 [Internet]. vih.org. Disponible sur: <https://vih.org/20171129/le-vih-en-france-en-2017/>
7. Santé Publique France. JOURNÉE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA, 1ER DÉCEMBRE 2018, « CONNAIS TON STATUT » Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 27 nov 2018;
8. ORS LP. Le VIH/sida en Île-de-France [Internet]. L'Institut Paris Region. 2017. Disponible sur: <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/le-vihsida-en-ile-de-france.html>
9. le crips. Le Crips Ile-de-France [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.lecrips-idf.net/crips-idf/>
10. Vers Paris sans sida [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.paris.fr/pages/vers-paris-sans-sida-4938>
11. Supervie V. Les indicateurs épidémiologiques territoriaux. Focus sur l'Ile de France [Internet]. 2017 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://slideplayer.fr/slide/13898328/>
12. Santé Publique France. Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité VIH à Paris, données 2018. Point épidémiologique 2018. [Internet]. Disponible sur: [/les-actualites/2019/depistage-du-vih-et-decouvertes-de-seropositivite-vih-a-paris-donnees-2018](https://les-actualites/2019/depistage-du-vih-et-decouvertes-de-seropositivite-vih-a-paris-donnees-2018)
13. Marty L, Cazein F, Panjo H, Pillonel J, Costagliola D, Supervie V, et al. Revealing geographical and population heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to diagnosis to improve prevention and care: estimates for France. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(3):e25100.
14. Marty L, Cazein F, Costagliola D, Supervie V. Estimations des paramètres de l'épidémie VIH en 2016, ANRS AC 47. nov 2018;

15. Bressy J. Prise en charge du VIH - Recommandations du groupe d'experts [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2018 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
16. Adjadj E, Peltier C. La recherche sur le VIH/SIDA et les hépatites virales Contribution de la France et de l'ANRS Etude bibliométrique 2013-2017 [Internet]. 2018. Disponible sur: [http://www.anrs.fr/sites/default/files/2018-11/Biblio\\_ANRS\\_Performance\\_2013](http://www.anrs.fr/sites/default/files/2018-11/Biblio_ANRS_Performance_2013)
17. Prise en Charge médicale des personnes vivant avec le VIH recommandations du groupe d'experts. Sous la Direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. juill 2017;
18. vih.org. Le risque de transmission par acte sexuel, évaluation 2015 [Internet]. vih.org. 2016. Disponible sur: <https://vih.org/20160601/le-risque-de-transmission-par-acte-sexuel-evaluation-2015/>
19. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2017;26.
20. Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE. Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. J Acquir Immune Defic Syndr 1999. 1 mars 2015;68(3):337-44.
21. Santé Publique france. Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 28 novembre 2017. [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-27-novembre-2018-n-40-41-journee-mondiale-de-lutte-contre-le-sida-1er-decembre-2018-connais-ton-statut>
22. Descamps C. Étude SHIVA: influence de la recommandation de la HAS de 2009 sur le dépistage du VIH en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
23. Gautier A. Baromètre santé 2010 [Internet]. inpes.santepubliquefrance.fr. 2011. Disponible sur: [/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010](http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010)
24. Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2009. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_866949/fr/depistage-de-l-infection-par-le-vih-en-france-strategies-et-dispositif-de-depistage](https://www.has-sante.fr/jcms/c_866949/fr/depistage-de-l-infection-par-le-vih-en-france-strategies-et-dispositif-de-depistage)
25. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france)
26. Garry B. État des lieux des pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2009.

27. OMS. WHO | Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>
28. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 30 déc 2010;363(27):2587-99.
29. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*. 2 janv 2016;387(10013):53-60.
30. Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 3 déc 2015;373(23):2237-46.
31. Durand-Zaleski I, Mutuon P, Charreau I, Tremblay C, Rojas D, Pialoux G, et al. Costs and benefits of on-demand HIV preexposure prophylaxis in MSM. *AIDS Lond Engl*. 2 janv 2018;32(1):95-102.
32. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV-1 Prevention among Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med*. 2 août 2012;367(5):399-410.
33. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med*. 2 août 2012;367(5):423-34.
34. San Francisco Department of Public Health | HIV Epidemiology Section [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.sfdph.org/dph/comupg/oprograms/HIVepiSec/HIVepiSecReports.asp>
35. Brown AE, Mohammed H, Ogaz D, Kirwan PD, Yung M, Nash SG, et al. Fall in new HIV diagnoses among men who have sex with men (MSM) at selected London sexual health clinics since early 2015: testing or treatment or pre-exposure prophylaxis (PrEP)? *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. 22 juin 2017;22(25).
36. Prophylaxie pré-exposition au VIH : l'ANSM rappelle les mesures additionnelles de réduction des risques - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prophylaxie-pre-exposition-au-VIH-l-ANSM-rappelle-les-mesures-additionnelles-de-reduction-des-risques-Point-d-Information>
37. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med*. 30 déc 2010;363(27):2587-99.
38. Molina J-M, Ghosn J, Algarte-Génin M, Rojas Castro D, Béniguel L, Pialoux G, et al. Incidence of HIV-infection with daily or on-demand PrEP with TDF/FTC in Paris area. Update from the ANRS Prevenir Study [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://programme.ias2019.org/People/PeopleDetailStandalone/4152>

39. Deux ans après son lancement, l'étude ANRS Prévenir a atteint son premier objectif et a inclus plus de 3 000 volontaires | ANRS [Internet]. Disponible sur: <http://www.anrs.fr/fr/presse/communiques-de-presse/626/deux-ans-apres-son-lancement-letude-anrs-prevenir-atteint-son>
40. Jenness SM, Weiss KM, Goodreau SM, Gift T, Chesson H, Hoover KW, et al. Incidence of Gonorrhoea and Chlamydia Following Human Immunodeficiency Virus Preexposure Prophylaxis Among Men Who Have Sex With Men: A Modeling Study. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 01 2017;65(5):712-8.
41. Plus de 10 000 personnes ont initié une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par Truvada ou génériques - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Plus-de-10-000-personnes-ont-initie-une-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-au-VIH-par-Truvada-ou-generiques-Point-d-Information>
42. ANSM. Suivi des personnes traitées par Truvada® pour une prophylaxie pré-exposition au VIH à partir des bases de données médicoadministratives françaises (SNIIRAM et PMSI) [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prophylaxie-pre-exposition-au-VIH-l-ANSM-rappelle-les-mesures-additionnelles-de-reduction-des-risques-Point-d-Information>
43. Les chiffres 2016-2017 de la Prep en France: mise en perspective [Internet]. vih.org. Disponible sur: <https://vih.org/20171202/les-chiffres-2016-2017-de-la-prep-en-france-mise-en-perspective/>
44. Velter A, Bouyssou A, Saboni L. ENQUETE PRESSE GAYS ET LESBIENNES 2011 [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://docplayer.fr/10095826-Enquete-presse-gays-et-lesbiennes-2011.html>
45. Santé publique France lance la première campagne nationale pour faire connaître le Nutri-Score auprès des consommateurs [Internet]. Disponible sur: </liste-des-actualites/sante-publique-france-lance-la-premiere-campagne-nationale-pour-faire-connaître-le-nutri-score-aupres-des-consommateurs>
46. #Prep4Love | Aides [Internet]. Disponible sur: <https://www.aides.org/campagne/prep4love>
47. Zeggagh J. Évaluation des connaissances et pratiques des médecins généralistes parisiens concernant la prise en charge des infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, à l'heure de la prophylaxie pré-exposition du VIH [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2017.
48. Krakower DS, Oldenburg CE, Mitty JA, Wilson IB, Kurth AE, Maloney KM, et al. Knowledge, Beliefs and Practices Regarding Antiretroviral Medications for HIV Prevention: Results from a Survey of Healthcare Providers in New England. *PloS One*. 2015;10(7):e0132398.
49. Rollet D. Étude CHEMGEN: évaluation de la relation entre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) usagers de produits psychoactifs dans un contexte sexuel et leur médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2019.

50. Potherat G. Homogen: perception par les patients de la modification de la relation médecin patient après mention de l'orientation sexuelle [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2017.
51. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins - IRDES [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
52. Nivard Duguet K. Raisons pour lesquelles les patients, ayant un médecin traitant, consultent au CDAG de Bordeaux pour le dépistage du VIH [Thèse d'exercice]. [2014-..., France]: Université de Bordeaux; 2017.
53. Jedrzejewski T. EGaLe-MG: état des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France : réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.
54. Foka Tichoue H. Etude des freins à l'appropriation Pré-Exposition au VIH (PrEP) en soins premiers: Enquête auprès des médecins généralistes dans le département de la Seine-Saint-Denis. [Créteil]: Université Paris-Est-Créteil diffusion/distribution; 2019.
55. Chiarabini T. ANALYSE DES FREINS A LA PRESCRIPTION ET AU SUIVI DE LA « PROPHYLAXIE PRE-EXPOSITION » AU VIH PAR ANTIRETROVIRAUX (PREP) EN MEDECINE GENERALE : étude quantitative d'un échantillon de médecins généralistes sur le territoire français. 2019.
56. Bacon O, Gonzalez R, Andrew E, Potter MB, Iñiguez JR, Cohen SE, et al. Brief Report: Informing Strategies to Build PrEP Capacity Among San Francisco Bay Area Clinicians. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 1 févr 2017;74(2):175-9.
57. Ahmed M, Avron L, Blanchard L, Bussi C, Czuppon C, Daoud M, et al. Normalisation de la PrEP, confiance et moralisme. :139.
58. Professionnels de santé [Internet]. PrEP info. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <http://prep-info.fr/professionnels-de-sante>
59. Calabrese SK, Earnshaw VA, Krakower DS, Underhill K, Vincent W, Magnus M, et al. A Closer Look at Racism and Heterosexism in Medical Students' Clinical Decision-Making Related to HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP): Implications for PrEP Education. *AIDS Behav*. 2018;22(4):1122-38.
60. Partaud L. Stratégies utilisées par les médecins généralistes pour aborder la sexualité avec les hommes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2014.
61. OMS E. Définition : La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
62. Macdowall W, Parker R, Nanchahal K, Ford C, Lowbury R, Robinson A, et al. « Talking of Sex »: developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient Educ Couns*. déc 2010;81(3):332-7.

63. Ariffin F, Chin KL, Ng C, Miskan M, Lee VK, Isa MR. Are medical students confident in taking a sexual history? An assessment on attitude and skills from an upper middle income country. BMC Res Notes [Internet]. 17 juin 2015 [cité 12 sept 2019];8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4470357/>
64. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard operating procedures for taking a sexual history. J Sex Med. janv 2013;10(1):26-35.
65. Charpentier C. L'abord de la sexualité dans le cadre de la prévention et du dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humain en cabinet de médecine générale. Représentations du médecin. :203.

# Annexes 1 : Questionnaire

## CE QUESTIONNAIRE S'ADRESSE AUX PATIENTS SOUS PRE-EXPOSITION PROPHYLACTIQUE AU VIH.

Je réalise, dans le cadre de ma thèse, un état des lieux du suivi en ville de la Pré-Exposition Prophylaxie (PrEP) au VIH.

Depuis 2016, un nouvel outil est disponible dans la lutte contre le VIH pour les populations séronégatives à risque d'être contaminées par le VIH : il s'agit d'un traitement de Pré-exposition prophylactique appelé « PrEP ». Le TRUVADA® ou son générique (ténofovir disoproxil et emtricitabine) est le seul médicament autorisé en France pour la PrEP.

La première prescription doit se faire à l'hôpital ou en CEGIDD par un médecin spécialiste. Les consultations de suivi et le renouvellement d'ordonnance peuvent être réalisés par un médecin généraliste.

Dans le but d'évaluer la place du médecin généraliste chez les patients sous PrEP, je vous remercie de bien vouloir remplir ce questionnaire. Cela vous prendra 5 min.

Merci de cocher les bonnes réponses.

Sandrine Nappo, Faculté de médecine Paris Descartes.

### DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

#### 1) Vous êtes ?

- Une Femme       Un Homme       transgenre

#### 2) Quel âge avez-vous ? ....

#### 3) Quel est votre lieu de naissance ?

- France métropolitaine       DOM/TOM       Etranger

#### 4) Quel est votre département de résidence ? ...

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

- Sans diplôme  
 Certificat de formation générale, Certificat d'études primaires, Brevet des collèges (ou BEPC)  
 Certificat d'aptitude professionnelle (CAP), Brevet d'études professionnelles (BEP)  
 Baccalauréat ou diplôme équivalent  
 Bac +2 ou +3  
 Bac +4  
 Bac +5 ou plus

#### 6) Quel est votre catégorie socio professionnelle :

- Etudiant       Salarié       Indépendant       RSA/Chômage       Retraité

#### 7) Quel est votre régime social ?

- Sécurité sociale       CMU       AME       Aucun/autre : ...

#### 8) Quel est votre orientation sexuelle ?

- Hétéro       Gay, Bi, Lesbien       Ne souhaite pas répondre

#### 9) Faites-vous partie d'une association LGBTQi ?

- Oui       Non

## VOUS ET VOTRE MEDECIN GENERALISTE

---

1) *Etes-vous suivi par un médecin généraliste (en général ?)*

- Oui       Non

*Si oui : Avez-vous un médecin traitant déclaré ?*

- Oui       Non

2) *Votre médecin généraliste est ?*

- Une femme       Un homme

3) *Combien de fois l'avez-vous consulté dans les 12 derniers mois ?*

- 0       1 à 2 fois       3 fois ou plus

4) *Avez-vous déjà abordé votre sexualité avec votre médecin généraliste ?*

- Oui       Non

5) *Votre médecin vous a-t-il déjà parlé du VIH et de son dépistage ?*

- Oui       Non

6) *Vous a-t-il déjà prescrit un dépistage VIH ?*

- Oui       Non

## VOUS ET VOTRE TRAITEMENT PREP

---

1) *Avez-vous déjà discuté PrEP avec votre médecin généraliste ?*

- Oui       Non

2) *Votre médecin traitant est-il au courant de votre prise de PrEP ?*

- Oui       Non

3) *Etes-vous actuellement sous traitement PrEP ?*

- Oui       Non

*Si Oui :*

*Depuis combien de temps êtes-vous sous PrEP ?*

➤ \_\_\_\_\_ (En nombre de mois)

➤ Il s'agit :  d'un traitement à la demande       d'un traitement continu

*Si Non : Avez-vous déjà consulté pour bénéficier du traitement ?*

- Oui       Non

4) *Comment avez-vous connu l'existence du traitement ? (plusieurs réponses possibles)*

- Associations type AIDES  
 Réseaux sociaux  
 Médias  
 Publicité  
 Médecin généraliste  
 Médecin spécialiste  
 Amis, bouche à oreille

5) L'accès à la première prescription vous a-t-elle semblé difficile ?

- Oui       Non

9) L'accès aux consultations de suivi vous a-t-elle semblé difficile en centre CEGIDD ?

- Oui       Non       Ne sait pas

10) Avez-vous déjà consulté votre médecin généraliste pour le suivi de votre traitement PrEP ?

- Oui       Non

Si non : Préférez-vous avoir un suivi de la PrEP par votre médecin généraliste ?

- Oui       Non

## CONSULTATION DE SUIVI PREP EN VILLE

---

1) Selon vous quelles sont vos difficultés d'un renouvellement de la PrEP par un médecin généraliste ? (plusieurs réponses possibles)

- Je n'ai pas de médecin généraliste habituel  
 Je ne savais pas que cela était possible  
 Je ne pense pas que mon médecin généraliste soit compétent  
 Je préfère aller à l'hôpital/ CEGIDD car les tests à la recherche d'IST sont réalisées en même temps  
 La prise en charge en ville (consultation et laboratoire) est plus coûteuse  
 Les délais de rendez-vous sont trop longs  
 Les consultations sont trop courtes  
 Aucun  
 Autre : .....

2) Quelles seraient vos réticences personnelles à être suivi(e) par un médecin généraliste ? (plusieurs réponses possibles)

- Je crains un refus  
 Je crains d'être jugé(e)  
 Je crains une rupture du secret médical  
 Je crains son attitude en général, un manque d'écoute, un manque de bienveillance  
 Je ne souhaite pas aborder ma sexualité avec lui  
 Je crains son manque de formation sur le sujet  
 L'âge de mon médecin me gêne  
 Le genre de mon médecin me gêne  
 Aucun  
 Autre : .....

3) Selon vous, quels sont les avantages au renouvellement de la PrEP par un médecin généraliste ? (plusieurs réponses possibles)

- L'accessibilité et la disponibilité  
 La proximité du cabinet  
 Le suivi sur le long terme  
 La qualité de l'écoute  
 La prise en charge de tous mes traitements et de leurs risques d'interactions  
 Aucun

**Laissez vos commentaires :**

---

---

---

---

---

## Annexe 2 : Formulaire de consentement des patients

# Formulaire de Consentement pour les patients participant au questionnaire : Place du médecin traitant dans le suivi de la PrEP

---

Le Docteur ..... m'a proposé de participer à une étude dans le cadre d'une thèse de médecine générale intitulée : Place du médecin traitant dans le suivi de Pré-Exposition Prophylactique (PrEP) au VIH. Cette étude est menée par Sandrine Nappo interne en médecine générale à la faculté de Paris Descartes.

J'ai reçu les informations précisant le but de l'étude et les modalités de déroulement du questionnaire associé.

Ma participation est totalement volontaire et je peux, si je le désire, interrompre ma participation à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés.

J'accepte *librement et volontairement* de participer à cette étude en remplissant ce questionnaire. Et j'accepte que les données recueillies puissent être utilisées de façon anonyme pour cette étude de recherche. Je bénéficie à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées me concernant dans le cadre de cette étude, conformément aux dispositions légales en vigueur.

Pour toute information complémentaire, je pourrais contacter le Dr Nappo, par mail :

██████████@██████████

Fait à : .....

Le : .../.../ ...

Signature du patient précédée de la mention « lu et approuvé » :

## Annexe 3 : Déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ

Madame NAPPO Sandrine

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À  
UNE MÉTHODOLOGIE DE  
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration  
**2213760 v 0**  
du 29 mai 2019

**A LIRE IMPÉRATIVEMENT**

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

Nom : Madame NAPPO Sandrine	
Service :	Code NAF ou APE :
Adresse :	Tél. :
Code postal :	Fax. :
Ville :	

**Traitement déclaré**

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 29 mai 2019  
Par délégation de la commission

Marie-Laure DENIS  
Présidente

## Annexe 4 : Notes recueillies en format brut

Notes à la question : *Selon vous quelles sont vos difficultés d'un renouvellement de la PrEP par un médecin généraliste ?*

- Pas de MT sur le lieu d'habitation
- Délicat parler sexe avec MT
- Ne souhaite pas aborder le sujet avec MT
- Ne vais pas chez le MT
- Les MG ne sont pas assez formés
- La possibilité d'échanges réguliers avec un spécialiste
- Acceptabilité par le médecin
- Protocole Prévenir
- Bilan hépatique qui a nécessité un suivi par un infectiologue
- Séparation médecine sexuelle/non sexuelle
- Les MG sont peu informés, en Cegidd le sujet est maîtrisé et on est plus jugé
- La façon dont je suis suivi au Cegidd me convient très bien
- Je ne pense pas que mon MT soit ouvert d'esprit et mon MT n'est pas conventionné : la gratuité du Ce me plaît
- C'est plus pratique en Cegid
- Ma PrEP à l'origine est conjointe avec un traitement pour le VHC, je poursuis avec l'hôpital
- Mon MG préfère que je sois suivi à l'hôpital
- Qualité du relationnel/ confiance dans mon suivi actuel
- Pas envie de parler de sexualité avec lui
- Non spécialiste des MST/VIH
- En cours d'orientation vers mon MT
- Confidentialité : médecin de famille
- Elle ne souhaite pas s'en occuper
- Pas de connaissance du système Français
- Le CeGIDD est situé à côté de chez moi mais c'est aussi très un médecin Généraliste puisse le faire
- A priori sur de possibles préjugés religieux de mon médecin traitant

Notes à la question : *Quelles seraient vos réticences personnelles à être suivi(e) par un médecin généraliste ?*

- Aucune réticence perso
- Pas le temps
- Aucune réticences
- Peu de médecins LGBTQi , qui sont généralement plus compréhensifs et à l'écoute.
- Zéro réticences
- Ce n'est pas pareil avec le MG
- Médecin traitant décédé, ne connaît pas encore le nouveau.
- La religion de mon médecin me gêne (islam)
- Avis sur l'orientation sexuelle
- Cout et non réalisation des tests dans la foulée
- Je n'ai jamais rencontré de médecin généraliste s'intéressant à la santé dans sa globalité. Les consultations sont trop courtes, bâclées, désagréables, désinvoltes, méprisantes. Trop de médecin Généralistes ne comprennent rien aux questions sexuelles.

Notes à la question : **Laissez vos commentaires :**

- Ma MT s'intéresse au sujet, les MG sont exclus du dispositif
- Je vois très peu mon MT, difficile d'avoir un point de vu clair sur le sujet
- J'aime la séparation entre mon généraliste et le Cegidd. Le Cegidd est pour moi confronté a beaucoup plus de personne dans le même cas que moi et sera plus à l'aise et plus expérimenté.
- Le suivi semble plus sécurisant et plus précis. Par contre en cas de besoin urgent il est rassurant que le MT soit formé au traitement PrEP
- Par accès difficile j'entends horaires peu pratiques et peu de créneaux disponibles
- Prise en charge globale de la santé par le MG
- Le cegidd fait très bien le job et en plus c'est gratuit
- La Prep c'est pratique, ça couvre la contamination du Vih mais pas les IST
- Le bouche à oreille facilite la connaissance de la PreP;
- Ma relation avec mon médecin traitant est suffisamment distante et occasionnelle pour que je préfère la consultation du centre de dépistage.
- Peu d'écoute sur des sujets moins intimes alors peu disposé à aborder des sujets qui relèvent de ma sexualité et aussi temps très court de consultation
- Les consultation Cegidd me vont bien
- Mon médecin traitant m'a elle-même dit ne pas avoir les connaissances nécessaires
- Je préfère le Cegidd pour discrétion
- Très content du Service Hospitalier. Cependant un généraliste pourrait faire le process, à savoir lire les analyses ainsi qu'une prescription
- Le traitement est très bien
- Le suivi en Cegid est bon
- Aucun avantage, que des inconvénients (sauf probablement pour des calculs hypothétiques d'économie de dépense publique de santé. Si votre objectif est de plaider pour une mise en œuvre de suivi PrEP par des MG, alors il conviendrait de créer une forme d'agrément/ labélisation de Généralistes ayant suivi une formation spécifique et respectant un cahier des charge/une éthique parfaitement adaptée. A défaut, il y a aura trop de problèmes et cela pourrait mettre en échec la PrEP, globalement. Je voudrais aussi insister sur le manque de proposition de groupe de parole dans les centres de dépistages...les entretiens individuels lors des consultations sont nécessairement trop brefs, alors que les prises de paroles diverses permettent de mieux aborder les sujets.

Place du médecin généraliste dans le suivi de la Pré-exposition Prophylaxie au VIH : une étude descriptive transversale à Paris

La chimioprophylaxie préexposition « PrEP » est un nouvel outil de prévention dans la lutte contre le VIH pour les populations à haut risque depuis 2016 en France. Son suivi est un enjeu majeur de médecine générale. L'objectif de l'étude est d'évaluer la place du médecin généraliste (MG) dans le suivi de la PrEP auprès des patients consultant en centres CeGIDD à Paris et d'aborder les freins associés à cette nouvelle pratique.

Notre étude était transversale multicentrique. Elle s'est déroulée dans 4 centres de santé sexuelle parisiens de mai à juillet 2019. Un auto questionnaire papier était proposé aux patients consultant dans le cadre de la PrEP. Le critère de jugement principal était la mention de son traitement à son MG.

Au total, 201 sujets ont été inclus, parmi lesquels 165 patients consultaient pour le suivi de leur traitement. 48% (n=77) avaient mis au courant leur MG de leur prise de PrEP. 7% (n=12) avaient déjà consulté leur MG pour le renouvellement de leur traitement. 98% des patients étaient HSH. Dans le groupe « ayant mis son MG au courant », le nombre de consultations auprès du MG au cours de l'année était significativement plus important, l'abord de la sexualité était plus fréquent, ainsi que la discussion autour du VIH et de son dépistage ( $p < 0,0001$ ). Le refus d'aborder la sexualité était significativement plus important dans le groupe n'ayant pas mentionné son traitement.

La place du MG auprès des patients sous PrEP reste limitée. La formation des MG et la collaboration entre ces derniers et les CeGIDD doit être renforcée. L'abord de la sexualité est fondamental en consultation afin d'instaurer une relation de confiance avec le patient.

Mots clés : Prophylaxie pré-exposition, VIH, médecine générale, HSH, relation médecin-malade, prévention, suivi

Role of general practioner in monitoring Pre-Exposure Prophylaxis of HIV: a descriptive and transversal study in Paris

Pre-exposure prophylaxis "PrEP" is a new prevention tool in the fight against HIV which has been used for high-risk populations since 2016 in France. Monitoring patients with PrEP is a key issue in general practice. The objective of the study is to assess the role of the general practitioner (GP) in the monitoring of PrEP with patients consulting in CeGIDD centers based in Paris and to address subsequent hindrance to this new process.

Our study was descriptive and multicentric. The study was conducted in four Parisian sexual health centers from May to July 2019. Patients consulting within the framework of PrEP were presented with a paper self-report questionnaire. The primary endpoint was the mention of this treatment to his MG.

A total of 201 subjects were included, out of which 165 patients consulted to monitor their treatment. 48% (n= 77) filled their MG in on taking PrEP 7% (n = 12) had already consulted their GP for the renewal of their treatment. 98% of the patients were MSM. In the group that "reported to their GP", the number of GP consultations during the year was significantly higher, and questions about sexuality were more frequent as well as discussions relating to HIV and its screening ( $p < 0.0001$ ). The refusal to discuss sexual topic is significantly higher in the group that "did not report to their GP".

The GP role with PrEP patients remains limited. GP training and their collaboration with CeGIDD needs to be strengthened. Addressing sexuality in consultation is essential in building a relationship with patients that is based on trust.

Keywords : Pre-exposure prophylaxis, general practice, HIV, physician patient relation, prevention, monitoring

Université Paris Descartes  
Faculté de Médecine Paris Descartes  
15, rue de l'Ecole de Médecine  
75270 Paris cedex 06

