



HAL
open science

Vécu des médecins généralistes concernant la prophylaxie pré-exposition au VIH : étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Orne en 2021

Cécile Julien

► To cite this version:

Cécile Julien. Vécu des médecins généralistes concernant la prophylaxie pré-exposition au VIH : étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Orne en 2021. Médecine humaine et pathologie. 2022. <dumas-03971641>

HAL Id: dumas-03971641

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03971641v1>

Submitted on 3 Feb 2023

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.



HAL Authorization

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2022

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 8 Avril 2022

par

Madame Cécile JULIEN

Née le 25 février 1993 à Alençon (Orne)

TITRE DE LA THÈSE :

**Vécu des médecins généralistes concernant la prophylaxie pré-exposition au VIH :
étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Orne en 2021**

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Monsieur le Docteur MOUHADJER Mourad

Monsieur le Docteur SALMON Rémi

Madame le Docteur BEDIER Christiane, Directrice de thèse

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie

Mme FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M. FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M. GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M. GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M. GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et
prévention	
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M. HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M. HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M. JOUBERT Michael	Endocrinologie
M. LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M. LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M. LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M. MAHE Marc-André	Cancérologie
M. MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M. MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M. MARTINAUD Olivier	Neurologie
M. MILLIEZ Paul	Cardiologie
M. MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M. MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M. NORMAND Hervé	Physiologie
M. PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de
communication	
M. PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M. QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M. REPESSE Yohann	Hématologie
M. REZNIK Yves	Endocrinologie
M. ROD Julien	Chirurgie infantile
M. ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme THARIAT Juliette	Radiothérapie
M. TILLOU Xavier	Urologie
M. TOUZÉ Emmanuel	Neurologie

Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M.	QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie
Mme	VILLOT Anne	Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HURALT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	VILLAIN Cédric	Médecine interne

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ARMAND Audrey Médecine générale

M. BANSARD Mathieu Médecine générale

M. COUETTE Pierre-André Médecine générale

Mme NOEL-DE JAEGHER Sophie Médecine générale

M. PITHON Anni Médecine générale

M. SAINMONT Nicolas Médecine générale

Mme SCHONBRODT Laure Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme DEBRUYNE Danièle Pharmacologie fondamentale

Remerciements

A mon Jury

A monsieur le *Professeur LE COUTOUR Xavier*, je vous remercie sincèrement de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. J'ai apprécié vos cours, votre pédagogie et votre accompagnement en tant que tuteur pendant ma formation initiale, j'observe un profond respect envers vous.

A monsieur le *Docteur MOUHADJER Mourad*, je vous remercie d'avoir fait émerger ce sujet de thèse en me faisant découvrir la PrEP, ainsi que pour les conseils et l'intérêt porté à ce travail. Merci d'avoir accepté d'être membre du jury.

A monsieur le *Docteur SALMON Rémi*, je te remercie pour tes encouragements et tes conseils. Merci d'avoir accepté de faire partie du jury.

A madame le *Docteur BEDIER Christiane*, un grand merci pour tes précieux conseils, tes critiques constructives, tes relectures. Merci pour ton accompagnement et ton soutien tout au long de cette thèse (qui aura duré, il faut l'avouer). Au-delà de la direction de ma thèse, c'est surtout l'amie que je remercie, qui a su être présente dans les moments de peine mais aussi de joie, et ce, depuis le tout début de mon internat.

Aux médecins ayant contribué à cette étude

Vous m'avez accordé de votre temps et vous êtes soumis à ces entretiens avec pertinence et sérieux, je vous en remercie.

A tous les soignants

Qui ont croisé mon chemin tout au long de ce cursus

Qui ont contribué à ma construction en tant que médecin

Notamment *aux personnels, tous confondus*, du service des urgences de l'hôpital d'Avranches, des services de pédiatrie et gynécologie ainsi que de médecine polyvalente et de médecine ambulatoire de l'hôpital d'Alençon, qui m'ont aidée à appréhender mon futur métier.

A tous *mes co-internes* qui ont accompagné chacun de mes stages et ont su apporter soutien et légèreté dans un environnement parfois pesant. Je tiens spécialement à remercier l'équipe de pédiatrie et gynécologie (Paulina, Alexandra, Jennyfer, Audrey, Guillaume, William, Pablo, Matthieu, Flavien, Ahmed), pour tous les bons moments passés, le soutien mutuel, et aussi de m'avoir permis de me libérer le temps nécessaire à l'organisation toute particulière de notre mariage avec Stan.

Aux médecins généralistes qui ont été mes maîtres de stage pendant l'externat et l'internat

Les Docteurs SCHONBRODT Laure, HUMBERT Xavier et LEROY Jean-François, pour votre gentillesse et la découverte de la médecine générale. Vous m'avez confortée dans mon choix vers cette magnifique spécialité.

Les Docteurs BROSSE Anne-Céline, COULON Nadine, COLLIGNON Caroline et NGUYEN Phuc pour l'accueil bienveillant, l'accompagnement et la confiance que vous m'avez accordés. Je vous remercie de m'avoir guidée et permise de devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

A mes amis

A mes amis d'études

A Chloé, Maud, Sarah, Aline, Thomas, le noyau dur de ces études, nous les avons surmontées ensemble ! Un énorme merci pour les merveilleux moments passés que cela soit à travailler mais aussi à festoyer ! Aux nombreux week-ends de retrouvailles passés et à venir...

Avec une mention spéciale pour Aline qui, après avoir partagé les bancs de la fac, m'a fait l'honneur d'être témoin de notre mariage mais également de son mariage. A notre complicité. Alençonnaises d'origine, il aura fallu attendre nos 20 ans, à Caen, pour faire connaissance !

A Marie, pour toutes ces années traversées depuis le lycée. C'est toujours une joie de se retrouver. D'Alençon à Toulouse, il n'y a qu'un pas !

Aux copains de PACES et de l'externat, sans qui les études auraient paru bien plus longues : Alban, Amandine, Camille A., Camille P., Céline (mon acolyte de voyage aux pays des lamas), Benji, et tant d'autres...

A Grecia, por su cálida bienvenida y el descubrimiento de las maravillas de Bolivia. A nos retrouvailles imminentes.

A Flavien, pour ton altruisme, ta bonne humeur et ta sagesse, reste comme tu es !

A mes amis de l'associatif, fil rouge de mes études, membres de PELICaen SH, DAISSI et UJPOD

A Laure, pour ta bonne humeur communicative et ta bienveillance. A Coline, pour ta douceur et ton altruisme. Je suis heureuse et fière de vous compter parmi mes amis.

A Armel, pour la belle personne que tu es. Vous formez un couple formidable avec Aline.

A Thibault, initiateur de nombreux projets, solidaires et musicaux. J'admire ta détermination, ta patience et ton écoute attentive. Ton accompagnement associatif m'a beaucoup appris.

A l'équipe de l'ambiance (Chloé, Elisa, Latifa, Mathilde, Kossivi, Quentin, Stan). La magie a opéré et rendu cette mission inoubliable.

A Fanny, Mélanie, Guillaume, et les autres, aux nombreuses occasions de se retrouver.

Et à tous les autres membres dévoués et inspirants qui ont donné vie à ces aventures et les font perdurer. Je ne peux tous les citer.

A nos amis togolais

Loin des yeux, près du cœur. Vous faites de chaque séjour un voyage unique. Merci à tous pour votre accueil, votre générosité et votre joie de vivre.

A mes amis de longue date

A Nanard, le plus ancien de tous. A nos cours de guitare, nos après-midis d'errance et d'oisiveté, à ta sensibilité partagée pour la littérature, le cinéma, la musique et l'art en général, aux premières soirées dans lesquelles tu m'as entraînée, et tant d'autres... Les années défilent, les retrouvailles se font rares, mais ne sont que bonheur.

A Soso, Mimi et Choune, la fine équipe de badistes. Aux précieux moments partagés.

A Adèle, à ces belles années depuis le lycée et à venir, à la découverte de la kizomba.

A toutes celles et ceux qui ont cru en notre histoire, avec Stan, depuis ses débuts.

A toutes celles et ceux qui ont fait le déplacement au Togo pour notre union.

A ma famille

Au Togo, où je me sens chez moi, accueillie comme une fille, une sœur, une cousine, une tante. Akpe loooo pour votre soutien à distance, votre chaleur et votre bonne humeur inconditionnelle. C'est avec une grande joie que je vous retrouve lors de chaque voyage.

En France, pour qui j'ai une pensée particulière, notamment mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, mes grand-mères et ma grande tante, qui m'ont soutenue et n'ont cessé de croire en moi pendant ces longues années.

A Titi, pour ta présence bienveillante à mes côtés pendant mes longues heures de révisions 🐾

A mon frère, Nathan, pour ta présence et ton soutien à chaque étape, pour ta sincérité. Je sais que je peux compter sur toi. A notre complicité. Sans oublier *Juliette*, pour ton optimisme et ta bonne humeur permanents. Merci à tous les deux ♥

A mes parents. Papa et Maman, vous m'avez toujours encouragée à m'appliquer et à persévérer dans mon travail. Vous m'avez inculquée des valeurs, m'avez fait confiance et surtout vous avez été d'un soutien sans faille depuis toujours, à tout moment, grâce auquel j'en suis là aujourd'hui. Cette thèse est aussi votre réussite et je suis heureuse de pouvoir partager ce moment avec vous. Je vous aime ♥

A mon grand Amour, Stan, soutien infailible. Depuis notre rencontre, malgré les difficultés affrontées, tu as eu à cœur de m'encourager à travers les hauts et les bas de ces longues années d'études, tu as supporté mes angoisses, mes humeurs, tu as su me reconforter quand je doutais, de près comme de loin. Mille mercis pour la confiance que tu m'apportes chaque jour. C'est un immense bonheur d'enfin partager ta vie. Me lonwo kple nyedzi kata ♥

A toutes celles et ceux qui ont parcouru un bout de chemin à mes côtés,
Qui ont façonné une partie de la personne que je suis aujourd'hui.

Aux patients,
Auprès desquels nous apprenons chaque jour

Abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CV : Charge Virale

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LGBT : Lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transgenres

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

PrEP : Pre-Exposure Prophylaxis ou Prophylaxie Pré-Exposition au VIH

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

SFLS : Société Française de Lutte contre le SIDA

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

SNSS : Stratégie Nationale de Santé Sexuelle

TAR : Traitement Anti-Rétroviral

TasP : Treatment As Prevention

TPE : Traitement Post-Exposition au VIH

VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine

INDEX : Tableaux et figures

Tableau 1 : Description des médecins interviewés

Figure 1 : Carte présentant le taux de découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants par région

Figure 2 : Schéma de prise continue

Figure 3 : Schéma de prise discontinuée ou à la demande

Figure 4 : Carte du département de l'Orne présentant la répartition territoriale des entretiens

Figure 5 : Schéma heuristique

Sommaire

INTRODUCTION	1
A. <i>Epidémiologie du VIH</i>	1
1. Dans le monde	1
2. En France.....	2
3. En Normandie.....	2
B. <i>La prévention contre le VIH en France</i>	3
C. <i>La PrEP, un nouveau moyen de prévention</i>	4
1. Historique	4
2. Définition et population cible	5
3. Modalités de prescription.....	6
4. Prise en charge globale en santé sexuelle.....	9
D. <i>Problématique</i>	9
1. Justifications de l'étude.....	9
2. Objectifs de l'étude	10
MATERIEL ET METHODE	11
A. <i>Le choix de la méthode</i>	11
B. <i>La population cible</i>	11
C. <i>Le guide d'entretien (Annexe 1)</i>	12
D. <i>Les entretiens</i>	13
E. <i>L'étude des données</i>	14
F. <i>La bibliographie</i>	14
RESULTATS	15
A. <i>Caractéristiques de l'échantillon</i>	15
B. <i>Une stratégie de prévention encore mal connue des médecins généralistes</i>	17
1. Des connaissances hétérogènes.....	17
2. Une expérience de la PrEP quasi inexistante	21
3. Le manque d'(in)formation.....	22
C. <i>Positionnement des médecins généralistes par rapport à la PrEP</i>	23
1. Un accueil enthousiaste.....	23
2. Une position nuancée	27
3. Encore de nombreux freins.....	30
D. <i>La sexualité, au cœur de la prise en charge de la PrEP</i>	36
1. Des médecins généralistes plus ou moins à l'aise avec les sujets de santé sexuelle	36
2. Les facteurs influençant l'abord de la sexualité.....	38
3. Un sujet compliqué, assimilé à un frein à la diffusion de la PrEP	41

E.	<i>Vers une meilleure appréhension de la PrEP</i>	44
1.	Attitude du médecin généraliste	44
2.	Formation des médecins généralistes	46
F.	<i>Comment mieux la prescrire et la diffuser ?</i>	48
1.	Les attentes des médecins généralistes à propos d'une formation	48
2.	Favoriser sa diffusion.....	51
DISCUSSION	53
A.	<i>Forces de notre étude</i>	53
B.	<i>Limites de notre étude</i>	54
C.	<i>Analyse des résultats et comparaison aux données de la littérature</i>	55
1.	Une stratégie de prévention encore mal connue.....	55
2.	Positionnement des médecins généralistes par rapport à la PrEP.....	58
3.	La sexualité au cœur de la prise en charge PrEP	64
4.	Vers une meilleure appréhension de la PrEP	67
5.	Comment mieux la prescrire et la diffuser ?	68
D.	<i>Résultats inattendus</i>	70
1.	Similarité entre zone rurale et zone urbaine.....	70
2.	Evolution de l'évaluation d'un vécu vers des solutions pour mieux appréhender et diffuser la PrEP	71
3.	Evolution lente de la prise en main de la PrEP en soins premiers.....	71
4.	A propos de la formation.....	72
5.	La différence de ressenti entre le médecin et le patient	72
6.	Thèmes non évoqués par les participants.....	72
E.	<i>Analyse croisée des données</i>	73
1.	Une opinion générale favorable	73
2.	Entraves à son utilisation.....	74
3.	Des pistes de réflexion	77
CONCLUSION	81
BIBLIOGRAPHIE	83
ANNEXES	87

INTRODUCTION

A. Epidémiologie du VIH

1. Dans le monde

➤ Etat des lieux

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) demeure un problème de santé publique majeur depuis une quarantaine d'années. A ce jour, il a entraîné plus de 36 millions de décès, dont 680 000 pour la seule année 2020. A la fin de cette même année, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait à 37,7 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH (1).

Bien qu'entre 2000 et 2019 le nombre de nouvelles infections a chuté de 39% et celui des décès liés au VIH a baissé de 51% (2), des efforts restent à fournir afin d'atteindre les objectifs fixés par le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et l'OMS pour éradiquer le VIH.

➤ Objectifs de l'ONUSIDA/OMS fixés en 2015 (3)

L'OMS affichait des objectifs intermédiaires ambitieux d'ici 2020 :

- « Traitement 90-90-90 », soit :
 - o 90% des statuts séropositifs connus ;
 - o 90% de séropositifs recevant un Traitement AntiRétroviral (TAR) ;
 - o 90% de patients sous TAR avec une Charge Virale (CV) indétectable,
- Moins de 500 000 nouvelles infections chez les adultes,
- Zéro discrimination.

Le constat est cependant tout autre. En 2020, 1,5 million de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH. Sur l'ensemble des personnes vivant avec le VIH, 84% connaissaient leur statut, 73% avaient accès à un traitement et 66% avaient une CV indétectable (4).

Les objectifs fixés par l'OMS d'ici 2030 paraissent difficilement atteignables :

- « Traitement 95-95-95 », soit :
 - o 95% des statuts séropositifs connus ;
 - o 95% de séropositifs recevant un TAR ;
 - o 95% de patients sous TAR avec une CV indétectable,
- Moins de 200 000 nouvelles infections chez les adultes,
- Zéro discrimination.

2. En France

➤ Etat des lieux

En 2019, 173 000 personnes vivent avec le VIH, dont 24 000 ignorent leur séropositivité, 6200 personnes ont découvert leur séropositivité au VIH, dont 26% de personnes diagnostiquées à un stade avancé de la maladie (5). En 2020, le nombre total de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH est estimé à 4 856, en diminution de 22% par rapport à 2019. Mais ces chiffres sont à prendre avec prudence en raison du contexte actuel de crise sanitaire lié à la COVID-19 et donc d'une diminution des dépistages et d'une sous-déclaration (6).

Concernant les populations les plus à risques en France, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les hétérosexuel-le-s né-e-s à l'étranger restent les deux groupes les plus touchés et représentent respectivement 43% et 37% des découvertes de séropositivité déclarées entre janvier 2019 et septembre 2020. Les hétérosexuel-le-s né-e-s en France représentent 14% du total des cas, les personnes usagères de drogues injectables 2% et les personnes transgenres contaminées par rapports sexuels 2% (5).

➤ Objectifs nationaux

La prévention du VIH fait partie d'un des axes de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS) (7). Elle propose une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive qui vise à garantir à chacun une vie sexuelle autonome, satisfaisante et sans danger, ainsi que le respect de ses droits en la matière, mais aussi à éliminer les épidémies d'infections sexuellement transmissibles (IST), à atteindre l'objectif des « 95-95-95 » d'ici 2020 et à éradiquer l'épidémie de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) d'ici 2030.

En 2016, les objectifs de l'ONUSIDA/OMS étaient presque atteints en France avec 86% des patients vivant avec le VIH diagnostiqués, 88% des patients diagnostiqués sous TAR et 97% des patients sous TAR ayant une CV indétectable (8).

3. En Normandie

En 2019, 3010 personnes vivant avec le VIH étaient prises en charge. Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité était de 88, dont 21,6% de diagnostics tardifs.

Pour contextualiser, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité dans la région est de 41 par million d'habitants en 2020. Il est stable et dans la moyenne du taux de France métropolitaine, hors Ile-de-France (6).

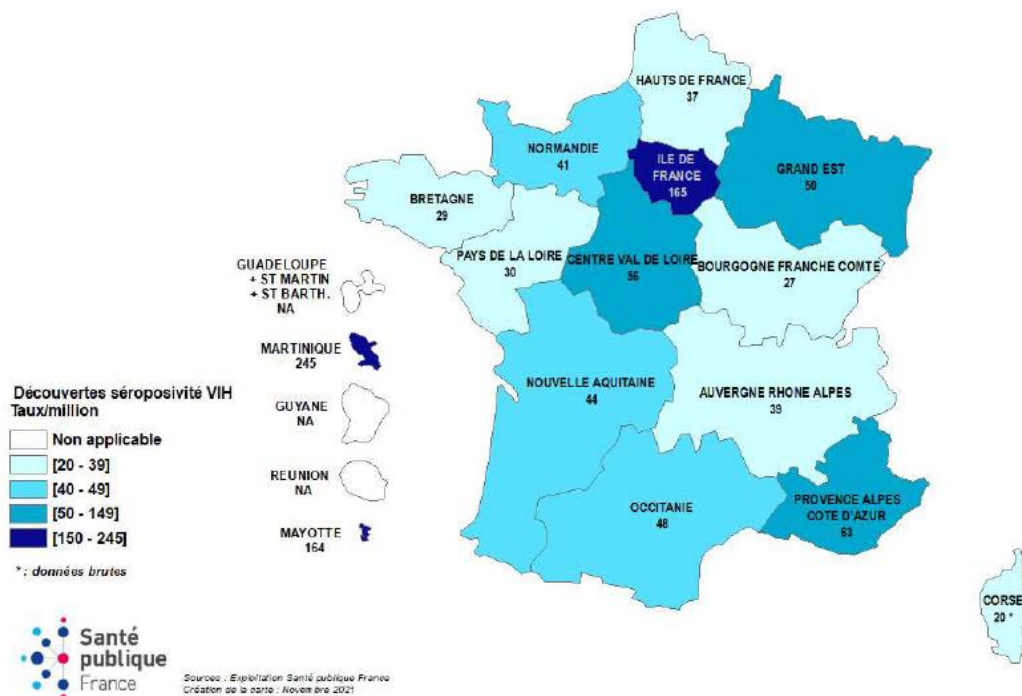


Figure 1 : Carte présentant le taux de découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants par région, France, 2020 (source : Santé Publique France, DO VIH, données corrigées au 30/06/2021)

Dans la région, 97% des patients vivant avec le VIH diagnostiqués ont reçu un TAR et 91% des patients diagnostiqués sous TAR avaient une CV indétectable dans les six mois suivants l'introduction du traitement (9).

B. La prévention contre le VIH en France

Elle repose sur une stratégie de prévention combinée ou diversifiée comprenant (10) :

- Le matériel de prévention : préservatif masculin ou féminin, digue dentaire, gel lubrifiant, etc. ;
- Le dépistage du VIH et des autres IST, et leur traitement ;
- Les traitements médicamenteux : traitement des personnes séropositives qui évite la transmission du VIH à un partenaire séronégatif (Treatment as Prevention ou TasP) ; traitement post-exposition (TPE) ; traitement pré-exposition (PrEP) ;
- L'utilisation de matériel à usage unique lors de la consommation de drogues.

Peuvent également être considérées comme des solutions de prévention diversifiée du VIH les politiques de santé publique, l'approche comportementale et la circoncision (11).

C. La PrEP, un nouveau moyen de prévention

1. Historique

Initialement, le traitement par **Truvada®** et ses génériques est une association de deux inhibiteurs de la transcriptase inverse du VIH, l'**emtricitabine** (analogue nucléosidique) et le **ténofovir disoproxil fumarate** (analogue nucléotidique), utilisés depuis 2005 chez les patients séropositifs dans le cadre de la trithérapie en association avec d'autres antirétroviraux (10).

Depuis 2012, une nouvelle stratégie de prévention s'est développée, d'abord aux Etats-Unis puis dans le reste du monde. Il s'agit de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) : le Truvada® est utilisé comme traitement préventif chez les personnes à haut risque de contamination par le VIH. De nombreuses études ont montré son efficacité.

Les premières études ont eu lieu peu avant les années 2010 sur des modèles macaques à qui était inoculé le virus de l'immunodéficience simienne par voie intrarectale. Les résultats montrent que tous les singes du groupe contrôle s'infectent alors que dans les groupes recevant le traitement, quel que soit son mode d'administration, un effet protecteur est mis en évidence (12) (13).

En parallèle, le premier essai clinique, IPReX, une étude multicentrique de phase III en double aveugle randomisée contre placebo, a étudié la prise orale quotidienne du traitement chez des hommes et femmes transgenres (nées hommes) ayant des rapports sexuels avec des hommes, au Pérou, Équateur, Brésil, Thaïlande, Afrique du Sud et États-Unis, entre juillet 2007 et décembre 2009. Selon l'analyse en intention de traiter, la diminution de l'incidence de contamination par le VIH était de 44% (14). Ces premières études permettront de mettre au point les essais cliniques qui montreront ultérieurement l'efficacité de la PrEP en population.

Les premiers essais de PrEP orale chez les couples hétérosexuels ont ensuite commencé avec l'étude Partners-PrEP (Ouganda et Kenya) en 2012, montrant également un effet protecteur du traitement, puis l'étude Partners Demonstration Project entre 2012 et 2015 combinant TasP et PrEP en population hétérosexuelle, montrant une réduction du risque de contamination de 96% (15,16).

Ensuite plusieurs études sont menées en population HSH, dont les essais randomisés IPERGAY et PROUD publiés en 2015. L'essai IPERGAY (mené en France et au Québec) évalue la prise intermittente de la PrEP chez les HSH versus placebo et observe une réduction relative de l'incidence du VIH de 86% (17). Dans l'essai PROUD (mené au Royaume-Uni), la prise en continu de la PrEP (prise immédiate versus différée) est évaluée et montre également une réduction relative de l'incidence du VIH de 86% (18). Dans ces études, il ressort que l'efficacité du traitement est corrélée à l'observance.

Par ailleurs, le traitement semble plutôt bien toléré, mais une revue de littérature de 2017 met en garde contre la toxicité à long terme, l'émergence de résistances et la recrudescence des autres IST, qui doivent également être surveillées (19).

C'est dans ce contexte qu'en novembre 2015 l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) énonce la recommandation temporaire d'utilisation (RTU) du Truvada® dans la prophylaxie pré-exposition au VIH. Dès mars 2017, la RTU s'étend en une autorisation de mise sur le marché (AMM) avec le remboursement intégral de ce traitement dans cette indication. Actuellement la PrEP a été initiée chez plus de 20 000 personnes en France (dont 372 en Normandie). La France a été le premier pays à offrir le remboursement intégral de la PrEP, suivie par plusieurs pays européens et d'autres pays dans le monde (20).

En 2021, l'étude ANRS Prévenir valide l'efficacité et la bonne tolérance en vie réelle de la PrEP à la demande après trois années de suivi (21). Elle a désormais fait la preuve de son efficacité au niveau individuel et collectif. Elle est donc à ce jour un levier majeur pour augmenter le niveau global de protection vis à vis de l'infection par le VIH.

2. Définition et population cible

La **prophylaxie pré-exposition** (PrEP) est l'utilisation à titre préventif de médicaments antirétroviraux chez une personne non infectée par le VIH et qui présente des facteurs d'exposition au VIH.

En France, d'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (10), les **personnes exposées à des risques majorés d'acquisition du VIH** correspondent aux situations suivantes :

- Les HSH ou les personnes transgenres (gay, bi ou hétérosexuels) ;
- Les femmes et les hommes hétérosexuels présentant :
 - o Un contexte de forte prévalence ou de forte exposition au VIH :
 - Personnes ou partenaires originaires de pays à forte endémie (en particulier l'Afrique subsaharienne, les Caraïbes et l'Amérique du sud),
 - Partenaires multiples et/ou partenaires concomitants,
 - Travailleurs du sexe, sexe transactionnel,
 - o Un contexte relationnel de forte exposition au VIH :
 - Partenaires de statut VIH inconnu ou à risque d'acquisition du VIH,
 - Partenaires vivant avec le VIH avec une charge virale détectable ou dont la quantification de la charge virale est inconnue,
 - Femmes enceintes avec exposition au VIH ou à des violences sexuelles,
 - Frein du ou des partenaires à l'utilisation d'autres moyens de protection,

- Des situations personnelles de forte exposition au VIH :
 - Non utilisation du préservatif lors de rapports vaginaux ou anaux,
 - Marqueurs évoquant une exposition (IST, interruption volontaire de grossesse),
 - Antériorité ou dans les suites d'un traitement post-exposition (TPE) au VIH.
- Les usagers de produits psychoactifs injectables avec échanges de seringues :
 - Partenaires sexuels ou d'injection de statut VIH inconnu ou perçu comme à risque d'infection du VIH,
 - Partenaires d'injection positif au VIH,
 - Partage du matériel d'injection.

Dans tous les cas, l'identification des personnes exposées au VIH pour lesquelles la PrEP est adaptée nécessite une approche individualisée qui tient compte des expositions passées et futures. Les indications ne doivent pas être utilisées comme des critères de sélection mais servent à guider la discussion avec le patient et à l'aider à prendre une décision éclairée (démarche de décision partagée entre le médecin et le patient). La demande exprimée pour des motifs d'amélioration de la qualité de vie sexuelle doit notamment être entendue. La personne doit être informée que la PrEP est efficace pour se prémunir d'une infection à VIH lors des rapports sexuels mais que son association au préservatif assure une protection supplémentaire contre les autres IST et contre une grossesse non souhaitée.

3. Modalités de prescription

➤ Le prescripteur (10)

Tout d'abord, la PrEP pouvait être initiée uniquement par les infectiologues et les médecins exerçant en Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), et le suivi pouvait être effectué par n'importe quel médecin, dont les médecins généralistes. Or depuis le 1^{er} juin 2021, la première prescription et le renouvellement de la PrEP peuvent être effectués par tout médecin : en ville, en CeGIDD, en centre de santé, à l'hôpital, en établissement social ou médico-social, etc.

➤ Les deux schémas de prise (10)

La PrEP peut être prise de manière **continue**, c'est-à-dire un comprimé par jour à heure fixe (plus ou moins 2 heures) avec une collation. Elle doit être prise sept jours avant les rapports à protéger et jusqu'à sept jours après les derniers rapports à protéger. Ce schéma de prise est le seul possible chez les sujets infectés par l'hépatite B (car il existe un risque d'exacerbation aiguë et sévère de l'hépatite à l'arrêt du Truvada®) et chez les femmes (diffusion du ténofovir plus lente et moindre dans les tissus vaginaux).

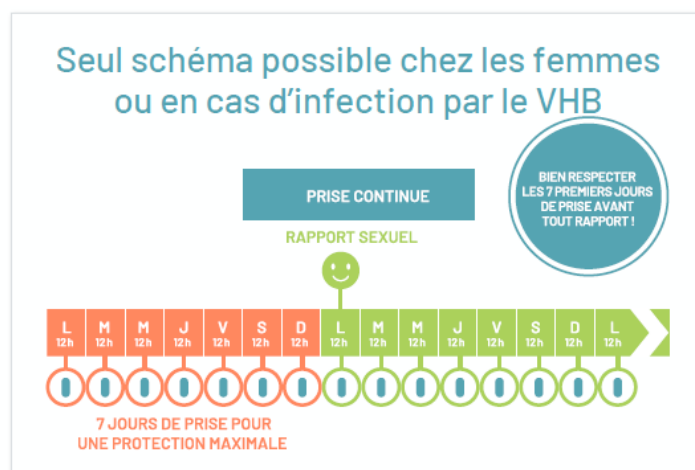


Figure 2 : Schéma de prise continue (sources : formaprep.org, SFLS)

La prise **discontinue** ou **à la demande** est possible pour les hommes avec activité sexuelle intermittente. Ce schéma « 2+1+1 » consiste à prendre deux comprimés entre 24 heures et minimum 2 heures avant le premier rapport à protéger, puis prendre un troisième comprimé 24 heures, puis un quatrième comprimé 48 heures après la première prise. Le traitement doit être continué quotidiennement à heure fixe tant que l'activité sexuelle à protéger perdure. Il faut prendre jusqu'à deux prises après le dernier rapport à protéger pour arrêter la PrEP.

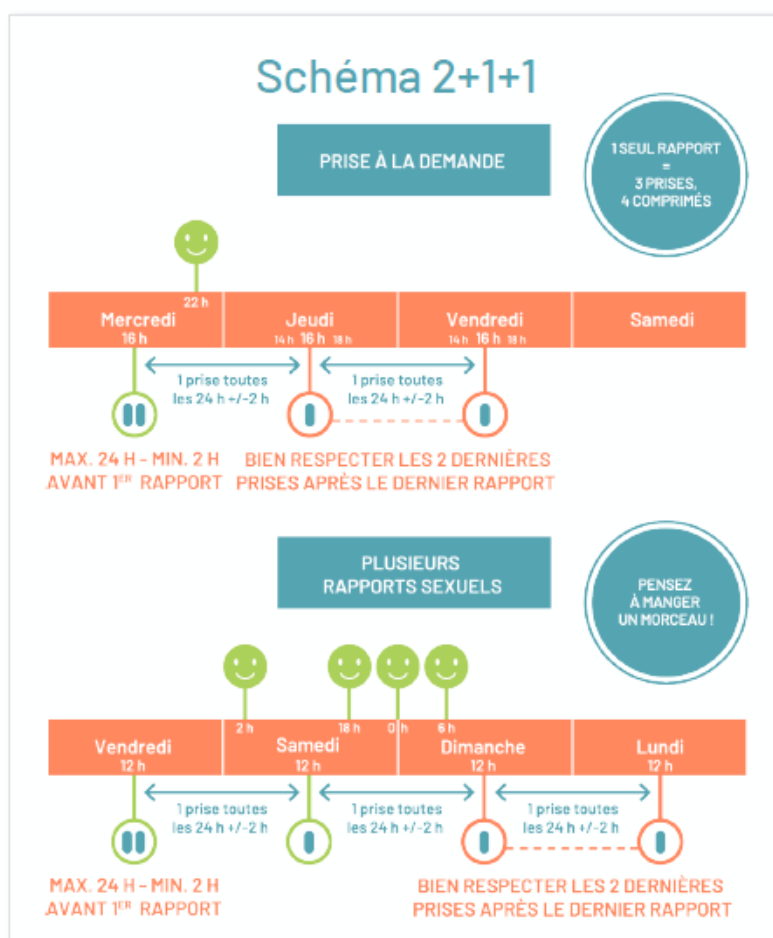


Figure 3 : Schéma de prise discontinue ou à la demande (sources : formaprep.org, SFLS)

➤ Les contre-indications (10)

La séropositivité au VIH, le statut sérologique inconnu et des signes évoquant une primo-infection au VIH sont des contre-indications au traitement. Une insuffisance rénale avec clairance de la créatinine inférieure à 60 mL/min et une hypersensibilité à l'un des composants en sont également.

➤ L'initiation et le suivi du traitement (10)

Après avoir posé l'indication, avant toute initiation, il convient de s'assurer de l'absence de contre-indications par l'absence de signe de primo-infection, une sérologie VIH négative (six semaines après la dernière exposition) et un dosage de la créatininémie avec estimation de la clairance supérieure à 60 mL/min. Les bilans suivants ne sont pas indispensables, mais sont recommandés lors de la consultation initiale : dépistages de l'infection par le virus de l'hépatite C, de l'hépatite B, de l'hépatite A, de la syphilis, des infections à gonocoque et Chlamydia trachomatis par PCR (pharyngé, anal, urinaire ou vaginal), β -HCG chez les femmes, transaminases. Les résultats du bilan permettent de traiter une IST, et d'initier ou d'effectuer un rattrapage de vaccination.

La primo-prescription est réalisée pour un mois et les renouvellements d'ordonnance pour une durée de trois mois. Tous les trois mois, le patient devra se soumettre à une sérologie VIH, une recherche des IST, un dosage des transaminases, et éventuellement de la créatininémie avec calcul de clairance (selon résultats antérieurs). Une sérologie du virus de l'hépatite C devra être effectuée au minimum chaque année, ainsi qu'une protéinurie/créatininurie sur échantillon. La consultation trimestrielle permettra également de rechercher les effets secondaires du traitement, d'évaluer son observance et de prodiguer des conseils en santé sexuelle.

➤ Les effets indésirables (19)

La tolérance rénale et osseuse a été étudiée chez les patients séropositifs traités au long cours par l'association ténofovir disoproxil fumarate et emtricitabine.

Un risque d'atteinte de la fonction rénale est élevé le premier mois (insuffisance rénale aiguë) et un syndrome de Fanconi peut survenir. L'étude Partners-PREP a noté une différence de clairance de la créatinine statistiquement significative mais non problématique cliniquement, surtout dans le premier mois d'initiation du traitement, avec stabilisation durant la première année. C'est pourquoi la créatinine est dosée pendant le suivi.

Une diminution de la densité minérale osseuse (à la semaine n°24), en rapport avec la fréquence de prise de la PrEP a été mise en évidence, avec réversibilité à l'arrêt du traitement.

Des effets indésirables digestifs, à type de nausées, vomissements, diarrhées, sont plus fréquemment retrouvés chez les patients traités, mais ne conduisaient pas à un arrêt prématuré du traitement. L'intérêt du schéma à la demande permet de limiter les effets indésirables de la molécule.

4. Prise en charge globale en santé sexuelle

Comme vu précédemment, la PrEP n'est pas seulement un médicament, mais également une stratégie préventive en santé sexuelle. Le patient doit être vu dans sa globalité et cela nécessite une approche du médecin qui doit savoir évaluer la prise de risque pour pouvoir poser l'indication, mais également être capable de faire du counseling en santé sexuelle, indissociable du traitement.

Comme l'a défini l'OMS en 2002, « la **santé sexuelle** est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité ». La santé sexuelle n'est pas seulement l'absence d'IST ou une tentative de réduction des risques, elle est aussi une approche subjective de l'autonomie, du désir, de l'excitation, du plaisir d'un individu.

La PrEP permet d'amener en consultation une population à risques dans sa sexualité et soucieuse de le réduire. La dimension sexuelle est sous-entendue. Elle est, de fait, une opportunité de dépistage ou de discussion autour de dysfonctions sexuelles jamais abordées, autres qu'infectieuses ou médicales stricto sensu (22).

D. Problématique

1. Justifications de l'étude

Initialement, l'idée de ce sujet de thèse a émergé après avoir assisté à des consultations VIH avec un médecin spécialiste dans le département de l'Orne. En 2019, ce spécialiste comptait environ une quinzaine de patients sous PrEP. Actuellement, son activité de consultation PrEP est en nette progression. Mais aucun de ses patients n'est suivi par son médecin traitant, ayant pourtant un rôle pivot dans la prise en charge globale du patient et de la promotion de la santé, notamment sexuelle.

Ce constat a été confirmé par plusieurs études, notamment par une revue de littérature publiée en 2018 recensant onze études analysant la PrEP en soins primaires sur le continent Nord-Américain (23). En France, selon l'étude EPI-PHARE, menée entre janvier 2016 et juin 2019, conformément aux conditions de prescription de l'époque, l'initiation de la PrEP est très majoritairement effectuée à l'hôpital (dans 90% des cas) et il en est de même pour son renouvellement (85% des cas) (24).

Quelques thèses ont déjà évalué les représentations des médecins généralistes concernant la PrEP dans différents départements français, afin de comprendre ce constat. Or il existe peu d'études concernant les zones rurales, et à ce jour aucune en Normandie.

De plus, en 2020, la crise sanitaire liée à la COVID-19 a entraîné une nette diminution des délivrances (36%) et des instaurations (47%) de PrEP pendant le premier confinement, avec une reprise des instaurations en post-confinement à un niveau global plus bas (25). Ce constat a précipité l'élargissement de la prescription initiale de la PrEP par tout médecin concerné par la stratégie de prévention du VIH, dont font partie les médecins généralistes. Annoncée en avril 2021, cette mesure est entrée en vigueur à partir du premier juin 2021. En parallèle, au début de l'année 2021, une plateforme de formation en ligne a été ouverte pour l'accompagnement à la primo-prescription et au suivi de la PrEP en médecine libérale (26). Ainsi, ces nouvelles données ont permis d'étayer l'étude.

2. Objectifs de l'étude

Devant l'inadéquation entre les données scientifiques encourageantes sur l'efficacité de la PrEP pour diminuer le nombre de nouvelles infections par le VIH et sa faible utilisation en médecine générale, notamment dans l'Orne, associées à l'apparition de nouvelles mesures pour inciter à sa prescription en soins premiers, il semblait pertinent de s'intéresser au vécu des principaux concernés.

L'objectif principal de l'étude est donc d'évaluer le vécu des médecins généralistes concernant la prophylaxie pré-exposition au VIH dans l'Orne en 2021.

Les objectifs secondaires ont pour but d'évaluer leur positionnement par rapport à cette prophylaxie encore récente, de déterminer leurs motivations et leurs freins à sa prescription, de recueillir leur expérience pour évoquer la santé sexuelle placée au cœur de cette prise en charge, dans l'intention éventuelle de faire émerger des clés afin de mieux appréhender et promouvoir la PrEP en soins premiers.

MATERIEL ET METHODE

A. Le choix de la méthode

L'objectif principal de ce travail était d'étudier une perception, un ressenti. Ces données sont subjectives, donc difficilement mesurables quantitativement, c'est pourquoi la méthode qualitative a été retenue. Le but de la recherche qualitative n'est pas de quantifier ou de mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche compréhensive, interprétative, afin d'explorer des émotions, des sentiments ainsi que des comportements, vécus et expériences personnelles.

Le choix de cette méthodologie reposait sur la réalisation, grâce à des entretiens individuels semi-directifs, d'une analyse interprétative du vécu des médecins généralistes du département de l'Orne concernant la prophylaxie pré-exposition du VIH en 2021, aucun travail n'ayant été réalisé sur ce thème dans cette région auparavant. L'objectif est d'effectuer un premier état des lieux afin de comprendre pourquoi elle est peu prescrite par les médecins généralistes, et s'ils seraient réceptifs à une formation ou une information sur le sujet.

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés dans le but d'aborder chez tous les participants un socle commun de thèmes définis préalablement et pertinents pour cette recherche, et de faire émerger un maximum de nouvelles idées.

Les entretiens ont été menés individuellement, en présentiel, cette méthode permet d'aborder des sujets plus délicats, afin de favoriser la libre expression des médecins sur un sujet pouvant être malaisant pour certains.

B. La population cible

La population cible de l'étude était donc les médecins généralistes du département de l'Orne dans la région Normandie, en 2021, incluant les internes de médecine générale, les médecins généralistes remplaçants, ayant ou non soutenu leur thèse, les médecins généralistes installés quel que soit leur mode d'exercice, les médecins généralistes retraités toujours en activité.

La variation maximale a été recherchée sur le sexe et l'âge des participants, leur parcours professionnel, leur nombre d'années d'expérience et leur mode d'exercice actuel, afin d'obtenir le maximum de représentations d'opinions.

Le recrutement a été effectué sur la base du volontariat, tout d'abord par contacts directs de médecins de l'entourage de l'investigatrice, puis par mail diffusé à tous les médecins généralistes du département de l'Orne, via la liste du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de l'Orne. Cette stratégie n'ayant obtenu que peu de réponses, les médecins suivants ont été choisis aléatoirement au sein de l'annuaire téléphonique des médecins généralistes du département de l'Orne. Le premier contact s'est effectué par téléphone ou par mail afin d'obtenir le consentement à la participation à l'étude et de fixer un rendez-vous d'entretien, selon la date et le lieu qui arrangeaient le participant. Par ailleurs, quelques médecins ont été recrutés par effet boule de neige. La fin du recrutement a donc été complétée par un échantillonnage en chaîne.

C. Le guide d'entretien (Annexe 1)

Le guide d'entretien a été préétabli à partir de données de la littérature puis soumis à relecture par la directrice de thèse. Il a été testé avec des collègues internes de l'investigatrice, afin de vérifier la bonne compréhension et la fluidité des questions. Il a évolué tout au long de l'étude, avec une réorganisation et l'apparition de nouveaux thèmes au fil des entretiens.

Il comportait une introduction qui présentait l'investigatrice et son travail, puis demandait l'accord du médecin participant pour l'enregistrement.

Ensuite, dans le but de définir les caractéristiques de la population d'étude, les questions d'anonymisation recueillaient le sexe, l'âge, le stade de la profession et le nombre d'années d'expérience, le parcours professionnel, le mode et la zone d'exercice actuel.

Les entretiens devaient se dérouler en 4 grands thèmes :

- 1) La PrEP : connaissances et pratique du médecin généraliste
- 2) La PrEP : avis personnel du médecin généraliste
- 3) La PrEP et la santé sexuelle
- 4) Perception des médecins généralistes quant à une formation sur la PrEP

Le premier thème s'intéressait aux connaissances générales des médecins généralistes sur la PrEP, son existence, leur expérience personnelle en pratique.

Le deuxième thème avait pour but de recueillir leur avis personnel concernant la PrEP, leur positionnement par rapport à ce traitement, incluant leurs craintes mais aussi les avantages qu'il pourrait conférer.

Le troisième thème abordait l'intégration de la PrEP dans une stratégie indissociable de santé sexuelle. Il s'intéressait alors au vécu du médecin généraliste concernant la prise en charge en santé sexuelle : la manière dont il l'aborde, les thématiques à évoquer, ses points forts et ses difficultés.

Enfin, le quatrième thème avait pour objectif de mettre en évidence la perception des médecins généralistes quant à une formation sur la PrEP. Aurait-elle un intérêt dans leur pratique pour eux mais également pour leurs patients ? La vocation de cette réflexion est également d'amener le médecin généraliste à s'exprimer librement sur le fond et la forme de l'information qu'il souhaiterait sur le sujet, dans l'éventualité de l'organisation d'une formation future.

Finalement, ces thèmes avaient pour but de faire émerger, à travers le vécu de médecins généralistes, les raisons pour lesquelles ce traitement prophylactique est encore peu connu et/ou prescrit par eux, dans l'objectif de mieux appréhender la PrEP et les questions qui en découlent, en médecine de ville, dans un avenir proche.

D. Les entretiens

Les entretiens étaient réalisés à l'aide du guide d'entretien défini ci-dessus. Il s'agissait d'échanges semi-dirigés, individuels, en présentiel, car plus propices pour aborder ces sujets délicats. Afin d'assurer une meilleure reproductibilité, les entretiens ont été réalisés par une seule investigatrice.

Dans le cadre de cette étude, seize entretiens ont été réalisés. La saturation des données, c'est-à-dire le moment où la lecture du matériel n'apporte plus de nouvel élément, a été atteinte à partir du quatorzième entretien. Les deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de valider la saturation des données.

La majorité des entretiens s'est déroulée dans le cabinet du médecin généraliste interviewé, hormis deux d'entre eux qui ont eu lieu au domicile de l'investigatrice.

Les entretiens ont été enregistrés sur support audio (à l'aide d'un dictaphone), après avoir recueilli le consentement oral de chaque personne interviewée. Seul un participant a refusé l'enregistrement. Cet entretien n'est donc pas utilisé dans les résultats mais a tout de même contribué à l'amélioration du guide d'entretien. Une prise de note sommaire était réalisée par l'investigatrice au cours de chaque entretien afin de ne manquer aucune information, notamment non-verbale, qui ne pourrait apparaître sur l'enregistrement.

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

La retranscription anonymisée des entretiens s'est faite manuellement sur le logiciel Microsoft Word®, de manière fidèle, en intégralité, en respectant le langage oral. Les verbatims retranscrits ont été complétés par les notes de l'investigatrice uniquement pour y associer le non-verbal.

Les verbatims sont mis à disposition du jury, à leur demande, auprès de l'investigatrice.

E. L'étude des données

Après retranscription des entretiens dans le logiciel Microsoft Word®, un encodage des verbatims en trois temps a été réalisé. Les données et les différents codes ont été regroupés dans des tableaux Microsoft Excel®.

Tout d'abord un encodage ouvert a consisté à étiqueter des fragments de texte afin de définir plusieurs thèmes principaux.

Ensuite, l'encodage axial a permis de comparer les codes ouverts entre eux pour les regrouper dans des codes généraux.

Enfin, un encodage sélectif a été réalisé afin de classer les codes généraux et d'établir une conclusion logique et pertinente.

La double lecture a été effectuée par la directrice de thèse afin de s'affranchir d'une limite d'interprétation et d'assurer une triangulation des données.

F. La bibliographie

La bibliographie de l'étude et la gestion des ressources ont été réalisées à l'aide du logiciel Zotero®.

Les recherches bibliographiques ont été réalisées principalement sur Internet, notamment sur le moteur de recherche PubMed®, sur le catalogue SUDOC et sur le catalogue de la Bibliothèque Universitaire de l'université de Caen-Normandie.

RESULTATS

A. Caractéristiques de l'échantillon

N°	Expérience	Mode d'exercice	Zone d'exercice	Durée d'entretien
1		Salariat, en groupe	Rural + Urbain	27'47
2		Salariat, en groupe	Urbain	47'07
3		Libéral, en groupe	Urbain	12'47
4		Libéral en groupe, Salariat à l'hôpital	Rural	28'28
5		Libéral, en groupe	Rural	24'15
6		Libéral, seule	Urbain	17'47
7		Libéral, en groupe	Rural + Urbain	44'37
8		Libéral, en groupe 10% de salariat	Rural	63'31
9		Libéral, en groupe	Rural	18'28
10		Libéral, en groupe	Rural ± Semi-urbain	16'55
11		Libéral, en groupe	Urbain	25'01
12		Libéral, en groupe 20% de salariat	Rural + Urbain	17'37
13		Salariat, seule	Rural	REFUS
14		Libéral + Salariat, seul	Rural ± Semi-rural	43'56
15		Salariat, en groupe	Rural ± Semi-rural	34'32
16		Salariat, en groupe	Rural + Urbain	33'28

Tableau 1 : Description des médecins interviewés

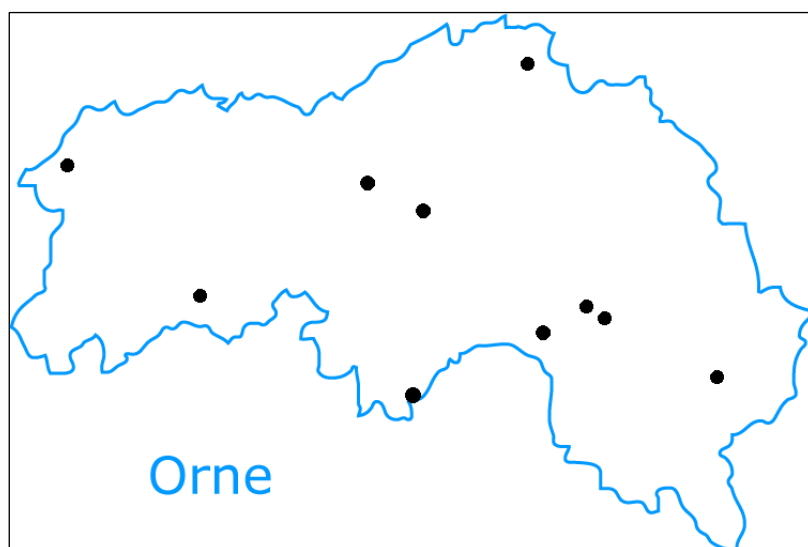
En 2020, cent cinquante-trois médecins généralistes étaient recensés dans l'Orne (27). Ce chiffre doit correspondre sensiblement au nombre de médecins généralistes ayant reçu par mail, via le CDOM de l'Orne, la demande d'entretien de l'investigatrice. Un seul médecin s'est porté volontaire suite à ce mail. Lors du recrutement téléphonique, cinq médecins ont accepté de recevoir l'investigatrice pour un entretien, plusieurs médecins l'ont refusé par manque de temps, certains n'ont pas donné suite aux messages laissés aux secrétariats. Six médecins ont été recrutés dans l'entourage de l'investigatrice et quatre autres par effet boule de neige.

Finalement, dans le cadre de cette étude, seize entretiens ont été réalisés, du 21 avril 2021 au 14 octobre 2021. La saturation des données a été atteinte à partir du quatorzième entretien. Les deux derniers entretiens ont été réalisés afin de valider la saturation des données.

Parmi ces médecins généralistes, un seul a refusé l'enregistrement et n'a pas souhaité préciser les raisons de son opposition. Des notes manuscrites ont tout de même été prises et ont principalement servi à améliorer le guide d'entretien, sans être considérées autrement dans les résultats.

Les entretiens ont duré entre 12 minutes et 63 minutes. La durée moyenne était de 30 minutes.

Parmi les seize médecins interviewés, neuf médecins étaient des femmes et sept des hommes, âgés de 27 à 69 ans, soit 46 ans d'âge moyen. Une majorité des médecins exerçait en zone caractérisée de rurale. La variation maximale a été recherchée sur l'expérience, l'âge, le sexe, mais également sur la répartition territoriale au sein du département de l'Orne.



*Figure 4 : Carte du département de l'Orne présentant la répartition territoriale des entretiens.
Chaque point représente le lieu d'exercice d'un ou plusieurs médecins interviewés.*

Dans l'analyse thématique ci-après, les citations sont données entre guillemets, en italique. Les propos de l'interviewé sont en noir et ceux de l'investigatrice en gris.

B. Une stratégie de prévention encore mal connue des médecins généralistes

Le premier grand constat qui a émergé de l'analyse des entretiens est que la PrEP est encore assez mal connue des médecins généralistes, sur plusieurs aspects.

1. Des connaissances hétérogènes

Au fil des entretiens, nous avons relevé une certaine hétérogénéité des connaissances entre les médecins participants, à différents niveaux.

a. Sur l'existence du traitement

Un des médecins a eu connaissance du traitement via son entourage :

E1 « *Après moi je le sais aussi parce que mon frère est homosexuel, on a dû en parler une fois...* »

Certains ont connu la PrEP à travers leurs patients :

E2 « *Je crois que c'est la première fois, et la dernière d'ailleurs, qu'un patient m'a parlé de PrEP.* »

E3 « *J'avais une patiente qui était venue pour renouveler le traitement. C'était il y a quand même quelques années, et c'était au tout début, où justement je connaissais pas le traitement, donc je m'étais un peu penchée là-dessus.* »

D'autres médecins l'ont découverte à travers la presse, qu'elle soit médicale ou grand public :

E11 « *Heu... J'ai... j'ai lu quelque chose, heu... j'ai dû lire un article dans Prescrire, mais qui remonte à un bon moment.* »

E14 « *Bah au début c'est toujours comme ça, à la télé, puis on vérifie.* »

Au contraire, certains médecins n'avaient jamais entendu parler de ce traitement prophylactique :

E12 « *Au premier abord, ça m'évoquait rien du tout. [...] J'en ai jamais entendu parler* »

E15 « *Ça ne me dit RIEN. Rien du tout ? RIEN! [...] En traitement, RIEN. En précaution, éventuellement, mais en traitement RIEN.* »

b. Sur le principe du traitement

Lorsque nous demandions ce que leur évoquait la PrEP lors des entretiens, la majorité des médecins interviewés connaissait l'objectif de ce traitement dans les grandes lignes :

E2 « Pour moi c'était juste heu... le traitement prophylactique du VIH pour les personnes qui avaient un comportement à risques, mais mes connaissances s'arrêtaient là. Voilà... Après, c'est vrai que spontanément, quand tu me dis PrEP, je pense VIH, après pour moi heu... c'était quelque chose que tu donnais vraiment [hésitation] quand y avait des situations à risques, des gens qui, heu... qui allaient, enfin, qui savaient qu'ils allaient avoir des situations à risques. »

E3 « Hum, eh ben un traitement préventif, heu... pour les personnes exposées, heu... de façon régulière au virus du SIDA. »

E11 « Le principe général, je le connais. [...] l'idée elle est de, de... qu'une personne qui peut avoir des comportements sexuels probabl.. possiblement à risques non protégés heu... puisse quand même, si jamais ils ont ces rapports non protégés, heu ne pas contracter le SIDA. »

A l'inverse, certains n'en savaient pas grand-chose :

E5 « Les traitements du VIH. Hum ? Voilà, après, honnêtement, j'en sais pas grand-chose de plus. »

E7 « Oui, non, mais j'ai rien lu là-dessus. »

E15 « Ça ne me dit RIEN. »

Et d'autres confondaient la PrEP avec le TPE :

E8 « Pour moi c'est un traitement prophylactique de personnes qui sont séronégatives et qui pensent avoir été en contact et qu'elles prennent avant... avant confirmation d'une heu... non contamination, quelques mois plus tard. Enfin, il me semble. Pour moi c'est ça, c'est heu... les personnes non... enfin séronégatives qui avons eu un contact et donc c'est un traitement prophylactique. Plutôt précoce, enfin donné précocement par rapport à... me semble-t-il. »

E9 « Bah aux urgences, on donne le kit post-exposition quoi... je faisais selon le protocole du service. Mais donc du coup, je m'en souviens pas. [...] Je sais pas quel produit, je sais pas les délais, heu... Alors, je crois qu'il y a un petit amalgame entre traitement pré-exposition et le traitement post-exposition [...] Ah oui... Alors c'est... Alors j'ai confondu, alors. Alors, j'y connais encore moins... [rires]. »

c. Sur la population cible

Une fois que le principe du traitement est brièvement expliqué, la plupart des médecins interviewés identifient une partie de la population cible :

E1 « On [le] prend quand on est un homme qui a des relations sexuelles avec des hommes, ou alors des femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes, et je pense que ça concerne aussi des hommes qui ont des relations sexuelles avec des femmes. [...] je pense évidemment que ça s'adresse surtout à des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, parce qu'il y a sodomie et que c'est un mode de transmission important du fait des lésions anales. »

E4 « Des gens conscients du risque qu'ils prennent et qui veulent le limiter. [...] C'est principalement la prise de risques sexuels, les rapports sexuels non protégés, partenaires multiples. »

E9 « Des patients avec partenaires multiples peut-être. Heu... [longue réflexion], peut-être la population homosexuelle en ville ou... heu... les conjoints de patients qui prennent pas leur traitement. »

Mais demeurent de nombreux doutes :

E1 « Après je pense que ça s'adresse à n'importe quel citoyen et est-ce que n'importe quel citoyen pourrait demander une PrEP ? Je sais pas... [réflexion]. »

E4 « J'avoue que la toxicomanie IV je ne sais pas si c'est considéré comme ça. Disons que j'ai l'impression que la population de gens qui font de la toxicomanie IV ne sont pas des gens qui prennent soin de leur santé à la base, et qui donc ne feront pas la démarche de prendre cette prophylaxie. »

E12 « Au début de l'épidémie, on parlait beaucoup des homosexuels, je sais pas si maintenant ils sont encore considérés comme à risques... Je sais pas. »

Et persistent beaucoup d'idées reçues. Un médecin ne semblait pas persuadé de l'existence de foyers de contamination dans le département, alors que d'autres pensaient que le traitement concernait principalement les jeunes, dans les grandes villes :

E14 « Je pense que c'est vraiment dans des... heu... dans des... Ben je sais pas moi si y en a à [XXX], y en n'a pas à [XXX] comme ça des, des... des foyers, de, de, de, de... je sais pas au fond... »

E11 « Des confrères qui vont voir des patients jeunes, ou qui vont être dans des grandes villes, où ils vont être parfois confrontés à des patients qui vont avoir peut-être heu... des patients plus nombreux qui peuvent avoir une orientation sexuelle voilà plus, plus... [réflexion], moins habituelle pour des petites villes. »

Certains imaginaient que le traitement était réservé à des couples stables, dont le partenaire sous TAR avait une CV négative :

E7 « *Je dirais, à priori, ce serait probablement à proposer à des couples stables, en priorité. [...] C'était pour ça que dans mon idée c'était plutôt avec des couples séro-différents.* »

E10 « *Enfin surtout quand c'est dans un couple, enfin... stable quoi. [Réflexion] Je sais pas même d'ailleurs, si c'est... si c'est une indication...* »

Quelques-uns des médecins avaient une vision élargie de la population cible et confiaient finalement :

E2 « *C'est tout ceux qui sont... à qui tu vas potentiellement proposer un dépistage VIH, tu pourrais leur proposer la PrEP, pour moi.* »

E3 « *Et en fait, moi j'ai encore proposé à quelqu'un de plus de 60 ans de faire des dépistages. Mais je pense qu'on oublie qu'il y a des prises de risques, c'est pas en fonction de l'âge, ni du milieu social, ni de... et donc je pense que j'ose en parler chaque fois quand j'ai un doute, effectivement sur des prises de risques ou sur des... ou sur des changements de partenaires, ou des... voilà, donc je me pose des questions assez facilement.* »

E8 « *Bon enfin j'exagère un peu mais c'est vrai que personnes à risques, c'est vraiment tout le monde.* »

d. Sur les modalités de prescription

Parmi les médecins interviewés qui connaissent l'existence du traitement, la plupart ne connaissent que partiellement les modalités de prescription :

E1 « *Pour moi la PrEP c'est un médicament qu'on prend sous forme de comprimés, [...] ça doit être un comprimé qui doit se prendre dans les 2 heures ou dans les 5 heures avant d'avoir un rapport sexuel, je pense, en comprimés à la demande à ne pas prendre tous les jours, avant un rapport.* »

E2 « *Tu sais que là tu vas passer un week-end de folie, tu prends la prophylaxie peut-être quelques jours avant. [...] Et je suppose que l'ordonnance c'est comme n'importe laquelle, c'est valable un an, enfin maximum un an.* »

E16 « *Le truc où je suis pas très au fait, c'est à qui on va proposer un traitement continu, à qui on va proposer un traitement ponctuel.* »

Certains supposent l'existence de recommandations et protocoles, sans pour autant les citer :

E6 « *Y a des recommandations, y a des protocoles. A mon avis, c'est pas... on suit le protocole et tout ça.* »

E8 « *Le protocole il a été fait. Si maintenant on a le droit de faire [la prescription], donc on va juste suivre un protocole, ça logiquement, c'est quelque chose que je sais faire.* »

Concernant le médecin prescripteur, beaucoup pensent qu'il s'agit d'une prescription de spécialiste, et n'ont pas notion de l'élargissement récent de la prescription initiale aux médecins généralistes :

E1 « *C'était pour moi un infectiologue qui fait la première prescription. Est-ce que le médecin traitant a le droit de renouveler ? Je sais pas...* »

E2 « *Pour moi, c'était surtout dans les centres un peu plus spécialisés, au CeGIDD, ou dans des endroits qui ont l'habitude.* »

E11 « *Je pensais pas que c'était en primo-prescription, je pensais que c'était à la suite d'un médecin hospitalier.* »

2. Une expérience de la PrEP quasi inexistante

Une majorité des médecins n'a jamais été confrontée à la PrEP en consultation :

E10 « *Non, pas du tout.* »

E14 « *Je me suis armé à une période, y a 5-6 ans peut-être, ça a commencé. Et puis [rires], jamais personne ne me l'a demandé.* »

Certains se sont retrouvés face à des patients sous PrEP, sans que cela n'aboutisse à une prescription :

E5 « *Je crois que j'en ai eu un. Que je vois... enfin j'ai dû le voir une fois, qui est suivi de façon très occasionnelle. Enfin, il est plus suivi par les spécialistes en fait que... [...] Et ça vous est jamais arrivé qu'on vous demande finalement la PrEP ? Nan.* »

E11 « *Heu, j'ai un patient qui m'en a parlé pour me demander si j'étais d'accord, je lui ai dit que j'étais tout à fait d'accord, mais je l'ai pas revu depuis.* »

Un seul participant a eu l'occasion de la prescrire :

E3 « *Alors heu oui, une fois... j'avais une patiente qui était venue pour renouveler le traitement.* »

3. Le manque d'(in)formation

Beaucoup de médecins déplorent le manque de formation sur la PrEP, voire même l'absence de diffusion d'informations sur ce thème, que cela soit :

➤ Pendant les études :

E4 « *Pendant mes études, j'en ai pas entendu parler.* »

E5 « *Je me souviens pas que durant mon externat, mes études de médecine, avoir été informé là-dessus.* »

➤ Par la formation continue :

E3 « *T'as jamais eu l'occasion d'avoir une formation à ce sujet-là ? Non.* »

E4 « *J'ai pas eu de formation ou de proposition de formation.* »

➤ Par des publications dans les revues médicales :

E7 « *J'ai rien lu là-dessus. [...] Prescrire a pas dû faire d'article là-dessus...* »

Seul un médecin a connaissance de la formation en ligne :

E11 « *Je crois qu'il existe une formation heu... accessible en visio.* »

C. Positionnement des médecins généralistes par rapport à la PrEP

Bien que nous ayons relevé une hétérogénéité des connaissances concernant cette prophylaxie parmi les médecins généralistes interviewés, ces derniers ont tout de même été en mesure de nous livrer leur position quant à la PrEP. Alors que nous observons une majorité d'avis favorables au traitement, leur appréciation reste nuancée et les médecins généralistes soulèvent encore de nombreux freins à l'expansion de la PrEP en soins primaires.

1. Un accueil enthousiaste

a. Opinion générale favorable

Quand nous leur demandions leur avis personnel sur la PrEP, une majorité de médecins montrait un enthousiasme concernant ce traitement :

E6 « *C'est très bien ! Pour les conduites à risques, au contraire !* »

E8 « *Son existence c'est... enfin est superbe, son existence est vraiment géniale ! [...] Ouais, je suis contente. Vraiment, c'est une putain de super bonne nouvelle. [...] C'est ma bonne nouvelle de la journée !* »

E10 « *C'est sûrement très bien, enfin j'pense que c'est un peu royal même, à priori.* »

Nous détaillons ci-après les différents arguments, soulevés par les participants, en faveur de la PrEP.

b. Objectif de santé publique

Selon les médecins interrogés, la PrEP intègre avant tout une démarche de santé publique. Un médecin observe qu'elle répond certainement à un besoin :

E11 « *Si ça a été mis en place, c'est que ça répondait à un besoin.* »

Dans les entretiens, elle apparaît comme un espoir vis-à-vis du VIH, notamment vers une diminution des stigmatisations, comme nous confient d'autres participants :

E8 « *C'est quand même des pathologies, c'est compliqué, ça remet en cause, même si on ne veut pas, même si heu, et même si soi-même, moi j'ai eu, enfin voilà, on a eu des comportements à risques. T'annonces à quelqu'un qu'il a un cancer, même si il fume, même si machin, tu dis : « Il a pas de bol ». T'annonces à quelqu'un qu'il a une maladie, qu'il l'a possiblement attrapée par un acte sexuel, pour toi c'est « Il a fait le con ». Et y a encore ce putain d'atavisme. Et c'est quand même encore vachement tabou. [...] Je suis désolée, mais tu vois à nos âges, vaut mieux annoncer qu'on a un cancer, on viendra nous... on viendra nous pleurer. Alors que t'auras pu bouffer de la merde et fumer 150 paquets de clopes, et juste avoir rencontré une personne, un soir de vague à l'âme et le choper quoi. »*

E12 « *Ben je me dis que peut-être ça permet d'avoir une vie... enfin voilà de vivre avec quelqu'un qui est du coup porteur du VIH et peut-être de pas... de pas stigmatiser. »*

Elle est perçue comme une protection supplémentaire contre le VIH, s'intégrant dans une démarche de prévention combinée :

E8 « *Ça peut être un autre, un atout de plus... C'est comme la vaccination et le masque. C'est un peu con, mais en ce moment c'est ça. [...] Quand on marche avec deux cannes, c'est quand même beaucoup mieux, en prévention. »*

E10 « *A mon avis c'est rassurant, après faut pas que ça remplace le préservatif, etc... »*

E14 « *Ben évidemment, c'est très bien, en appoint avec le reste. »*

Quelques-uns l'assimilent à une révolution en termes de prévention :

E3 « *Je pense que c'est une avancée, quand même importante. »*

E7 « *C'est des, comment dire, c'est des tournants dans la prévention. [...] Ce que je veux dire, c'est que moi là je vois l'émergence de nouveaux courants de la médecine. »*

c. Bénéfices pour le patient

Les participants mettent également en évidence de nombreux avantages pour le patient. Tout d'abord, certains font mention de l'efficacité et de la fiabilité du traitement :

E1 « *J'ai cru entendre dire que c'était quelque chose d'assez fiable, sur le plan protection. »*

E7 « *J'imagine que si on le propose, c'est que ça a prouvé son efficacité. »*

E16 « *Moi, je me range assez volontiers derrière des résultats. C'est-à-dire qu'on a montré que ça avait une efficacité. »*

Les médecins reconnaissent que cette fiabilité apporte une certaine sérénité, une tranquillité d'esprit, contribuant à l'épanouissement du patient :

E1 « *Avoir une vie sereine quoi, ne pas vivre dans une pression quotidienne.* »

E2 « *L'avantage de la PrEP pour le patient, je pense que ça doit quand même enlever un gros poids mine de rien. [...] Ces gens-là, si on peut leur enlever une préoccupation...* »

E10 « *Bah j' imagine que c'est un... Heu... comment dirais-je, c'est rassurant.* »

Ils avancent aussi l'idée que la PrEP amène vers un suivi plus régulier de la santé sexuelle de ces patients :

E2 « *Mais c'est vrai que tous les trois mois si tu vois la personne pour le renouvellement de sa PrEP, c'est l'occasion aussi de reparler de prévention, de reparler justement des situations à risques qui ont fait qu'il est sous PrEP.* »

E6 « *Et ben faire peut-être plus facilement des sérologies.* »

Le choix du mode de prise est également vu par quelques médecins comme un point positif pour le patient, qui peut prendre le traitement à la demande en fonction des situations d'exposition :

E1 « *Après, la PrEP à la demande, c'est trop bien, parce que s'il y a des gens qui ont des conduites à risques pendant plusieurs années avec plusieurs personnes, mais que ça arrive une fois par mois, c'est trop bien.* »

E2 « *Tu sais que là tu vas passer un week-end de folie, tu prends la prophylaxie peut-être quelques jours avant, tu vois ? [rires]* »

En outre, ils sont nombreux à reconnaître la facilité que la possibilité d'initier le traitement par leur médecin généraliste confère au patient :

E3 « *Avec le fait que les médecins généralistes puissent aussi y accéder, peut-être qu'on le proposera plus facilement, qu'on pensera à en parler plus facilement.* »

E11 « *C'est peut-être aussi plus facile pour le patient de venir au cabinet de son médecin généraliste que d'aller à la consultation à l'hôpital. Heu... donc peut-être ça c'est un avantage pour le patient.* »

E12 « *Nos patients auront peut-être plus facilement confiance à venir... à venir voilà comme... à venir d'emblée voir leur médecin généraliste plutôt que... [en suspension]* »

Pour finir, un médecin reconnaît que la prise en charge à 100% du traitement est un atout pour le patient :

E7 « *C'est très bien que ce soit pris en charge.* »

d. Bénéfices pour le médecin généraliste

Citée ci-dessus comme bénéfique pour le patient, la PrEP est également envisagée comme une facilité d'exercice pour certains médecins interviewés. En effet, elle permettrait une porte d'entrée pour aborder plus aisément la santé sexuelle en consultation, ainsi qu'un suivi médical pour ceux qui n'en ont pas :

E2 « *Mais c'est vrai que tous les trois mois si tu vois la personne pour le renouvellement de sa PrEP, c'est l'occasion aussi de reparler de prévention, de reparler justement des situations à risques qui ont fait qu'il est sous PrEP.* »

Aussi, un médecin soulevait que la PrEP, en relevant du rôle du médecin généraliste, s'intègre dans une vision globale du patient :

E6 « *Moi je me dis que étant le médecin traitant du patient, je le suis dans sa globalité, donc ça me paraît probablement relever du rôle du médecin traitant et du médecin généraliste de la personne en question.* »

e. Des avantages aboutissant à une intention de prescrire

Une majorité de médecins identifie des sujets éligibles à la PrEP dans leur patientèle :

E2 « *Je pense qu'il y a quelques fois où j'aurais pu la proposer. [...] Je me dis que ça aurait peut-être été un candidat sérieux pour la PrEP.* »

E7 « *Mais par contre, heu... j'ai au moins 1, 2, 3 [réflexif]. Au moins 3 comme ça qui m'arrivent en tête là, d'homos, qui eux... ils passent leur temps à se promener la culotte sur la tête, hein.* »

E8 « *Ah bah grave ! J'en vois déjà quelques-uns.* »

Et certains ne voient pas d'inconvénient à la prescrire :

E11 « *Bah, pour le moment non. N'ayant pas encore assez de connaissances dans ce domaine, pour le moment, j'ai pas de freins. Je fais confiance aux gens qu'ont mis ça en place. Si ça a été mis en place, c'est que ça a été réfléchi.* »

E14 « *Oui, je serais prêt à en utiliser.* »

E15 « *Je vois pas pourquoi y aurait un blocage, c'est un traitement comme un autre.* »

2. Une position nuancée

Même si les médecins généralistes interviewés voient un certain nombre d'avantages à la PrEP, ils restent tout de même partagés.

a. Un moindre mal

A défaut d'avoir d'autres alternatives, un des médecins déclare :

E1 « *Moi je pense que c'est quelque chose de très bien, mais c'est quand même contraignant. Après... heu, disons qu'on préférera toujours prendre un médoc' tous les jours plutôt que de choper, d'avoir le virus du VIH. Mais heu c'est... ça peut être une contrainte quand même de le prendre tous les jours, quand on a des relations sexuelles à risque fréquemment. [...] Mais bon j'ai envie de te dire aujourd'hui on n'a pas de meilleure solution donc...* »

b. Importance des autres moyens de prévention

Nombreux sont les médecins à souligner l'importance des autres moyens de prévention, notamment du préservatif, en association avec la PrEP :

E10 « *Oui, à mon avis c'est rassurant, après faut pas que ça remplace le préservatif, etc...* »

E14 « *C'est très bien, en appoint avec le reste.* »

c. Une prévention patient-dépendante

D'autres médecins soulèvent l'importance de bien poser les indications :

E7 « *Y aura des bonnes indications et des moins bonnes indications à mon avis.* »

E16 « *Et je pense que ça s'adresse du coup pas forcément à tout le monde. [...] Il faut avoir des gens un peu sérieux, et qui comprennent le truc.* »

d. Concernant la prescription

Cette tendance se poursuit à travers leur volonté ou non d'y être formés et la manière de la prescrire. Certains médecins se disent intéressés par une formation, à condition d'être confrontés au problème :

E11 « *J'avoue que j'attends un petit peu d'y être confronté pour me plonger plus sérieusement dans le sujet. [...] C'est-à-dire que je vais m'intéresser à un sujet quand je vais pas avoir trop le choix. Parce que finalement comme j'ai pleins d'autres choses à faire à côté, heu... j'attends le moment où faudra vraiment que je me plonge dans le sujet pour prendre le temps de le faire. [...] Mais je le ferai pas si j'ai pas de patient... Sinon ça a aucun sens. »*

Alors que d'autres ne comptent la prescrire que s'ils y sont formés :

E12 « *J'ai envie de dire, c'est comme tout le reste, une fois formé, y a pas de crainte à avoir quoi, enfin juste avoir confiance en soi et de ses capacités à retenir quoi. »*

Les participants approuvent pour la plupart le suivi de la PrEP, mais certains ne se voient pas l'initier :

E6 « *Moi ça me semble normal, première consultation hospitalière. Et puis après, si c'est pour le suivi, oui, qu'il aille voir le généraliste, là oui. [...] J'aimerais mieux qu'ils aient une consultation hospitalière, machin. Et après le renouvellement, OK. »*

E9 « *Je prescrirais sûrement pas dans les premiers, peut-être que je reconduirais ou quoi, mais je suis pas sûre de prendre la responsabilité de prescrire ça. »*

D'autres approuvent la prescription à la demande, mais pas en continu :

E14 « *Moi, j'ai... même si, ça pourrait m'arriver de donner le truc imprévu... [...] Ou même un peu prévu à l'avance, mais j'aurais jamais à prescrire au long... un peu plutôt au long cours. »*

e. Une révolution en santé sexuelle : dans quel sens ?

Finalement, les médecins s'accordent pour dire que cette prophylaxie est une révolution en prévention sexuelle par rapport aux politiques antérieures.

Des participants décrivent la PrEP comme un bouleversement des politiques de santé sexuelle :

E7 « Ben oui, bah ça remet en cause 20 ans de prévention. J'ai passé des fêtes de la musique ici à organiser, à distribuer les préservatifs, en disant « Protégez-vous de toute façon ». [...] ça me plonge là tout d'un coup dans un abîme de perplexité. Bon... Ça peut peut-être vouloir dire qu'il faut que je prenne ma retraite, parce que là... c'est complètement de l'autre côté de la... des pratiques... ouais... [pensif] [...] [réflexion] Non, mais c'est... Ouais, c'est bouleversifiant. »

Et la qualifient même d'antinomique :

E7 « C'est compliqué justement de rentrer dans un discours, heu alors que on a tenu le discours inverse pendant des années. [...] Oui, c'est un discours inverse parce que, attends... moi je te dis que tu dois sortir couvert, hein, si c'est pas ça, c'est... ça sera la syphilis, ça sera la gonococcie, ça sera des chlamydiae... Toute façon tu risques de te choper quelque chose et en plus tu risques de te choper le SIDA, qui quoi qu'on en dise se soigne certes, mais heu... Là maintenant c'est « Bon bah écoutez, non, finalement on a réfléchi, il vaut mieux que vous preniez des médicaments heu... ». Oui... [mine perplexe] [...] mais à ce moment-là moi je comprends pas, si heu... si faut quand même garder le préservatif et qu'on prend en plus la PrEP, hein ? Au départ, ça c'est quelque chose qui est paradoxal. Là ce que j'entends sur la PrEP, pour moi c'est paradoxal. »

E16 « Je suis très partagé parce que heu... je sais que c'est quelque chose qui a fait ses preuves et qui a montré que ça... ça permettait de... [Racler de gorge] d'éviter des contaminations, etc. Donc bon, très bien, l'objectif est atteint, mais le principe est très dérangeant. [...] En termes de prophylaxie, d'autoriser de faire quelque chose qui est... une forme d'exposition, alors au VIH, mais à d'autres choses aussi, c'est ça le problème en fait. [...] Et dire aux gens que bah... ça n'empêche pas de mettre des préservatifs. Nan, mais après, c'est antinomique. »

Enfin, un médecin se demande l'intérêt de faire du counseling ou de la prévention supplémentaire lors d'une prescription de PrEP chez des patients déjà conscients des risques qu'ils prennent :

E11 « L'idée elle est de, de... qu'une personne qui peut avoir des comportements sexuels probabl.. possiblement à risques non protégés heu... puisse quand même, si jamais ils ont ces rapports non protégés, heu ne pas contracter le SIDA. Heu, je vois pas très bien ce que je peux leur dire dans la mesure où eux ils ont, ils se sont dit : « De toute façon, je risque d'avoir des rapports non protégés ». [...] Je me dis : « Bah il le fait en pleine conscience, il sait très bien ». »

3. Encore de nombreux freins

En définitive, au-delà de simples nuances, la plupart des médecins perçoivent de nombreuses limites à prescrire la PrEP en pratique.

a. Vis-à-vis du médecin généraliste

➤ Le manque de compétences

Tout d'abord, la totalité des médecins de l'étude reconnaissent manquer de connaissances sur le sujet, bien qu'ils connaissent quelques aspects du traitement, comme vu précédemment :

E2 « *C'est surtout un manque de connaissances. [...] Parce que si je leur dis comme ça spontanément : « Vous avez déjà entendu parler de la PrEP ? », et qu'ils me disent : « Non, c'est quoi ? », ben... [embêtée] »*

E4 « *Après je me suis pas cachée hein, son traitement je le maîtrise pas, je le connais pas. [...] De l'initier moi-même nan, j'ai pas assez de connaissances, je saurais pas quoi surveiller, comment surveiller, quoi faire si y a un effet secondaire. »*

E16 « *Donc je suis pas très à l'aise actuellement parce que je manque d'expérience et de connaissances. »*

Selon quelques participants, ce manque de compétences pourrait être lié à la variété de la médecine générale, ce qui entraînerait l'impossibilité d'être formés sur la totalité des situations auxquelles ils peuvent être confrontés, notamment par manque de temps :

E2 « *En fait, y a tellement de trucs à aborder en consultations que... [En suspension] »*

E4 « *Bah c'est vrai qu'en médecine générale, y a quand même beaucoup de thèmes... [...] Et faut se mettre à jour sur tout. Donc j'avoue que je cible un petit peu les choses. »*

E5 « *La médecine générale, c'est tellement vaste que on peut pas être au point partout. [...] Et ça va tellement vite les traitements. »*

Mais également au fait qu'ils sont rarement confrontés à des situations pouvant mener à la PrEP :

E1 « *Tu sais comme on n'est tellement peu confrontés à ce genre de pratiques, que voilà... »*

E6 « *Moi j'ai pas l'impression d'en avoir des patients beaucoup. Si c'est pour en avoir un ou deux, moi j'estime qu'on fait bien que ce qu'on fait souvent. »*

E11 « *J'ai pas encore été confronté à des patients qui m'ont demandé d'utiliser ce... cette prévention. [...] Je suis pas forcément d'une grande compétence, parce que finalement dans ma pratique, c'est pas très fréquent. Moi je suis peu confrontée à ces problèmes-là. Le hasard a fait que ma patientèle est extrêmement âgée, polypathologique.* »

De ces faits, un médecin déclarait la PrEP comme un sujet non spontané en consultation :

E2 « *Mais je te dis que spontanément, je la propose pas particulièrement.* »

➤ Le contenu de la consultation

Ensuite, de nombreux médecins déclarent avoir des difficultés à identifier les populations à risques pendant leurs consultations :

E1 « *En fait la question c'est comment tu cadres les gens qui sont à risques et nécessitent d'avoir une PrEP.* »

E6 « *Donc finalement, par rapport au dépistage, enfin par rapport aux personnes à risques... [...] On le sait pas forcément. [...] Y a toute une partie qui ne nous le disent pas. Peut-être que nous on pose pas les bonnes questions...* »

Ils expliquaient également que la consultation peut devenir très chronophage lorsqu'ils abordent ce type de sujet :

E11 « *En tant que médecin généraliste, c'est vrai que c'est toute la difficulté, c'est encore une fois la difficulté du temps qu'on a à consacrer. Heu, on est accaparés beaucoup par des soins heu... aigus, heu... qui font que bah c'est pas le moment de donner des conseils. [...] J'ai pas de moment dédié à ça dans mes consultations.* »

E14 « *Oui, mais, mais le problème, c'est... il faut du temps, hein.* »

E16 « *Alors pour en revenir à la prescription en médecine de ville et tout, je pense que c'est des consultations extrêmement chronophages. On peut pas faire ça en un quart d'heure dédié aux consultations tout venant, quoi. Parce que c'est... Y a un rôle d'éducation. Il faut bien poser les jalons... [...] Faudrait peut-être le faire, mais après le problème c'est qu'on est hyper timés aussi...* »

b. Vis-à-vis de la prévention

Un autre frein qui revient souvent est l'abandon du préservatif, qui fait craindre la recrudescence des IST selon certains médecins interviewés :

E1 « *Faut pas dire au patient d'arrêter le préservatif, parce que ça ne protège pas de toutes les MST.* »

E7 « *Parce que ce que je répète moi depuis le début de l'épidémie VIH, ce que j'ai appris à mes enfants, ce que... ce que je déclare aussi... ce que j'ai déclaré encore il y a trois mois à un de mes patients qu'est arrivé avec un chancre syphilitique comme ça. C'est de dire « mais de toute façon, si tu veux pas te choper le SIDA, faut que t'utilises dans tes relations heu... ponctuelles, faut que t'utilises des préservatifs ». Donc jusqu'à présent, c'était le... le truc de on se protège si on veut pas... Donc là, alors que nous dans l'Orne, on a quand même une recrudescence de... Là en un an, j'ai quand même vu deux syphilis et deux gonococcies.* »

Les notions de banalisation des risques et de déresponsabilisation du patient sont également évoquées par plusieurs participants :

E1 « *Après, il ne faut pas que ça incite à avoir plus de rapports à risques, et de se dire qu'on peut faire n'importe quoi avec notre corps.* »

E10 « *Qu'est-ce qui pourrait vous faire hésiter à le prescrire ? Bah, peut-être qu'ils soient trop rassurés, en se disant : « Voilà, c'est bon, j'ai plus besoin de préservatifs, je peux faire un peu ce que je veux comme je veux ». »*

E16 « *C'est ça qui me dérange en fait. Et de banaliser en fait en disant : « On vous donne un médicament, parce que... ». Les gens en fait, on voit bien les patients, ils ont quand même tendance à se dire « bah on va régler ça avec des médicaments ». »*

Aussi un médecin soulève le risque de reléguer la prévention et le conseil en santé sexuelle :

E11 « *Heu, je vois pas très bien ce que je peux leur dire dans la mesure où eux ils ont, ils se sont dit : « De toute façon, je risque d'avoir des rapports non protégés ». Hmm. Bah là, je me dis : « Bah il le fait en pleine conscience, il sait très bien ». Heu, donc je vois pas, je me vois pas trop lui dire : « Bah surtout faites attention aux rapports non protégés », parce qu'il vient me voir pour ne pas être malade en se disant qu'il aura probablement des rapports non protégés, donc je vois pas ce que je pourrais lui dire.* »

c. Vis-à-vis du patient

En outre, selon les médecins interviewés, certains aspects de la PrEP pourraient être une limite à son usage par les patients.

Tout d'abord, des médecins supposent une méconnaissance de l'existence de ce traitement parmi les patients :

E1 « *Je pense que les patients ne sont pas au courant.* »

E6 « *Est-ce que les patients savent que ça existe ?* »

Concernant les patients qui ont connaissance du traitement, les participants suggèrent de possibles difficultés d'accès à une consultation PrEP, notamment par un spécialiste, que cela soit en termes de délai ou de distance :

E1 « *Y a pas d'infectiologue à [XXX].* »

E5 « *Nan parce que si on veut un avis gynécologique ou je ne sais quoi, faut attendre six mois.* » et
« *Quand on est à cent kilomètres d'un service d'infectiologie, les gens ont pas forcément envie.* »

E16 « *En fait, c'est ce que disait une jeune femme tout à l'heure, tout est à une heure de route ici.* »

Et quelques médecins supposent une certaine défiance de la part de leur patient à aborder la PrEP avec leur médecin traitant. En effet, des patients pourraient le vivre comme une intrusion ou se sentir jugés par leur médecin :

E4 « *L'aborder, ça dépend des gens, parce qu'il y en a qui pourraient mal le prendre.* »

E10 « *Est-ce que c'est pertinent aussi ou pas. Ou est-ce que c'est leur vie privée et ça ne nous regarde pas ?* »

Aussi, une fois la PrEP prescrite, plusieurs médecins craignent quant à l'observance du traitement et à la négligence de certains patients :

E4 « *Si je vois que y a un patient qui fait n'importe quoi, qui prend mal son traitement, qui se suit pas au niveau des prises de sang, de suivi, et tout ça, je pense que là je l'arrêterai.* »

E7 « *Parce que même avec la PrEP dans la poche, c'est pas dit qu'ils le prennent, parce que c'était pas prévu ce soir, parce que finalement j'ai laissé les machins à la maison, parce que... Enfin bon.* »

E16 « *Je pense que ça s'adresse du coup pas forcément à tout le monde. Il faut avoir des gens un peu sérieux, et qui comprennent le truc.* »

d. Vis-à-vis du médicament

Aussi, le médicament en lui-même est un frein considérable selon les généralistes interviewés.

Tout d'abord, un médecin émet des doutes quant à son efficacité :

E9 « *[Mine dubitative] Je sais pas si ça marche bien. Ça marche bien ? [rires] [sourire] A priori, ça marche bien. Heu, je sais pas c'est délicat, parce que dire à quelqu'un : « Allez-y, y a pas de problème, vous avez un traitement ». Et si jamais il chope quand même, c'est... Je sais pas si je prescrirais. »*

Ce même médecin évoque même le manque de recul pour prescrire la PrEP en toute confiance :

E9 « *J'aurais besoin d'avoir du recul et de la formation pour le donner en confiance, vis-à-vis de mes patients. »*

Et d'autres semblent y voir une balance bénéfice/risque plutôt défavorable, notamment concernant la prise sur le long terme ou en comparatif au port du préservatif :

E1 « *Imaginons des gens qui ont des multipartenaires pendant plusieurs années et situations à risques, est-ce qu'ils vont prendre la PrEP pendant cinq, dix ans ? C'est une question qui se pose aussi. Sur le long court, pendant plusieurs années. Tu veux dire : est-ce qu'ils vont se lasser ou est-ce qu'il y a des risques pour eux ? Bah est-ce qu'il y a des risques pour eux ? »*

E5 « *Moi je pense qu'il vaut toujours mieux se protéger [par le préservatif] plutôt que de prendre un traitement prophylactique. [...] La lourdeur du suivi et la lourdeur du traitement pour quelque chose qui pourrait être évité avec un préservatif, qui en plus maintenant est remboursé par la sécurité sociale. »*

Finalement, la majorité des médecins avance des craintes en ce qui concerne les caractéristiques propres aux molécules, principalement les contre-indications et les effets secondaires :

E3 « *Est-ce qu'il y a autre chose qui te freinerait pour le prescrire ? Heu... peut-être les effets secondaires. »*

E14 « *Non, j'ai pas d'appréhension... En dehors de l'effet secondaire, non. »*

E16 « *Bah les craintes liées à la molécule, enfin aux molécules, et tout ça... Donc ça mérite de s'assurer de l'absence de contre-indications et tout. »*

Par ailleurs, un médecin s'inquiète de l'absence de stock de médicament en pharmacie :

E1 « *Faut avoir le pharmacien qui trouve, enfin qui a le médoc dans sa pharmacie. »*

e. Vis-à-vis de la société

Seule une minorité de médecins évoque le coût du traitement comme éventuelle contrainte :

E7 « *Et je suis vraiment étonné de voir qu'un traitement onéreux comme ça à deux cent euros le mois, soit d'emblée... heu... Doit y avoir des arguments suffisamment heu... [...] Quand tu vois que les traitements contre les poux sont toujours pas remboursés, l'Ascabiol aussi c'est pareil, c'est... [rires]* »

E14 « *Ah là, bah dis donc, la caisse... [rires], à cent quatre-vingt euros le mois [rires], elle va pas être d'accord, hein !* »

Un médecin affirme même que la santé évolue vers une désacralisation pour devenir objet de consommation :

E16 « *Et en médecine en particulier, ils sont pas responsabilisés, ils font n'importe quoi, ils viennent, ils consomment de la médecine, en fait... Nous on le voit très bien aux urgences, c'est-à-dire que c'est une catastrophe. [...] Les gens ils viennent pour n'importe quoi. Et heu donc y a certes parce que y a pas assez d'offre de soins en ville, et on n'en veut pas à quelqu'un qui a essayé de prendre RDV chez son médecin et c'est pas avant dans 10 jours, et c'est un truc qui est absurde... Mais heu... Y en a pleins qui viennent en exigeant, en demandant, etc. Et c'est tout, tout de suite. Et surtout, on appelle ça nous, on appelle ça le Mac Do de la santé. Ils consomment du médecin, ils consomment des médicaments, ils consomment des examens. Hmm. Comme un bien de consommation, la santé a été désacralisée en fait. Et donc ça, ça va un peu dans ce sens-là quand même : de consommer pour consommer du sexe en fait, finalement.* »

Un dernier frein n'a pas été énoncé dans ce paragraphe, nous avons choisi de lui consacrer une partie du fait de sa prépondérance dans nos entretiens ainsi que dans la prise en charge de la PrEP.

D. La sexualité, au cœur de la prise en charge de la PrEP

A l'évocation de la PrEP, il est impossible de ne pas aborder la sexualité puisqu'elle est indissociable de sa prise en charge. Tout d'abord, il a été constaté une disparité d'aisance des médecins généralistes de notre étude concernant les sujets de santé sexuelle. Les facteurs influençant l'abord de la sexualité en consultation ont ensuite été exposés. Il en ressort finalement un sujet compliqué, qui peut être assimilé à un frein à la diffusion de la PrEP en soins primaires.

1. Des médecins généralistes plus ou moins à l'aise avec les sujets de santé sexuelle

Les entretiens ont révélé que les médecins généralistes interviewés n'ont pas le même niveau d'aisance pour aborder la sexualité, et que cela dépend des thèmes évoqués.

a. L'orientation sexuelle

Un des médecins interviewés l'aborde aisément, de façon non genrée :

E1 « *Moi je commence toujours par leur dire « Est-ce que vous avez quelqu'un dans votre vie ? », c'est souvent ma première question. »*

Alors que pour d'autres médecins, ce n'est pas spontané et parfois ils n'osent pas poser la question :

E4 « *Honnêtement, jamais officiellement il m'a dit qu'il était homosexuel. Je le sais même pas officiellement. [...] Je le suppose parce qu'il a eu des condylomes au niveau de l'anus, mais après je suis pas au courant en fait. »*

E6 « *C'est pas systématiquement dans notre pratique de poser la question. On présume que cette personne elle est homo, mais quelquefois on le sait pas ouvertement. »*

Voire même, l'un d'eux estime tout simplement que ce n'est pas son rôle d'en parler :

E11 « *J'ai des patients homosexuels, hommes et femmes, qui sont en couple ou pas, qui me le disent ou pas. Y en a qui me le disent d'emblée, y en a qui me le disent pas, et je le sais autrement parce que je vois le conjoint et je le sais par le conjoint. Mais c'est pas... C'est pas mon rôle à mon avis. Heu... donc je, je... [réflexion] pour moi ce sont des patients comme les autres. »*

b. La prise de risques

La plupart des médecins semblent avoir des difficultés à aborder la prise de risques. En ce qui concerne les pratiques sexuelles, beaucoup de médecins sont mal à l'aise :

E1 « *Le problème numéro un c'est déjà de savoir s'ils ont des relations sexuelles à risques, et que c'est pas forcément quelque chose que tu abordes la sexualité avec tes patients.* » et « *Je pense pas que je serais à l'aise.* »

E14 « *Moi personnellement, j'en parle pas, sauf si ils m'en parlent.* »

Seule une minorité se sent à l'aise :

E7 « *Le centre de planif' était aussi centre de dépistage gratuit, donc on arrivait aussi à discuter sur les pratiques, sur heu... Ouais, non, ça va, y a pas eu de problème.* »

En ce qui concerne le chemsex (contraction de Chemicals et Sex, désignant l'utilisation de produits psychoactifs en contexte sexuel), la totalité des participants se trouve en difficulté :

E1 « *C'est pas un sujet facile à aborder. Déjà demander si les gens prennent de la drogue, c'est une première étape, alors prendre de la drogue pendant le sexe, je pense... malheureusement c'est une question que tu ne poses pas souvent.* »

E16 « *Bah ça c'est pareil, j'aurais beaucoup de mal à en discuter avec un patient, parce que je me dirais heu... Pfff, y a pas besoin de ça d'abord, pour s'amuser, faire des trucs sympas et tout bien. Et 2) c'est se mettre en danger. Et 3) après on fait n'importe quoi, enfin voilà, j'aurais du mal, hein.* »

c. Les IST

En revanche, le thème des IST est abordé beaucoup plus aisément par les médecins, que cela soit de manière générale ou concernant vaccination, traitement, etc. :

E6 « *Hum, oui... Parce que justement on parle beaucoup de Gardasil pour les enfants plus jeunes. De heu voilà... donc ça, ça me dérange pas du tout.* »

E10 « *Est-ce que vous êtes à l'aise avec les IST en général ? Ben oui, ça, ça nous arrive de prescrire des bilans, enfin... [en suspension] Sur les bilans, les traitements ? Bah ça après... en tout cas je sais où aller chercher si, si j'ai un trou, donc ça irait quoi.* »

E15 « *A mon époque, c'était les maladies sexuellement transmissibles, les MST. Mais enfin bon, oui. Bah je veux dire, oui. Bah ça fait partie du métier.* »

d. Le vécu de la sexualité

Il ressort des entretiens qu'il est très peu abordé en consultations. De rares médecins l'ont spontanément évoqué et se sentaient en mesure d'aborder des thèmes comme l'épanouissement ou les violences dans des situations particulières telles que les syndromes anxiodépressifs ou les bilans annuels :

E2 « *Le vécu de la sexualité et tout ce qui est... on va dire violences intrafamiliales au sens large, je l'aborde très très souvent dans les... cas de syndromes anxieux, dépressions. »*

E8 « *Bon : « Intimement, est-ce que vous avez encore envie ? Est-ce que voilà... ». [...] Dans la dépression, moi c'est... enfin je l'aborde très très, très très facilement. Enfin voilà. Mais ce bilan-là m'a permis de dire : « Attends quand tu fais ton bilan annuel, n'oublie pas comment ils sont dans sa vie, dans son métier, dans sa famille, dans machin, dans bidule... Voilà ». »*

Mais généralement ces sujets ne sont pas initiés :

E2 « *Mais c'est vrai que tout ce qui est consentement, etc... Je devrais, mais j'en parle quasiment jamais. »*

E14 « *Mais moi personnellement, j'en parle pas, sauf si ils m'en parlent. »*

2. Les facteurs influençant l'abord de la sexualité

Plusieurs facteurs influençant, positivement ou négativement, l'abord de la sexualité ont été identifiés lors des entretiens.

a. Les caractéristiques du médecin

Les participants sont nombreux à mettre en évidence l'importance de l'ouverture d'esprit du médecin :

E3 « *Mais je pense qu'on oublie qu'il y a des prises de risques, c'est pas en fonction de l'âge, ni du milieu social, ni de... et donc je pense que j'ose en parler chaque fois quand j'ai un doute. »*

E8 « *Y a encore du taf à faire sur cette... heu... et sur la sexualité ! Oui. Justement, ce serait pas une porte ouverte pour ouvrir les esprits ? Voilà. Oui. A l'acceptation de soi, d'eux-mêmes et de l'autre, dans sa différence aussi. »*

E15 « *J'essaie de faire comprendre aux gens que je suis ouvert à tout. [...] « Entre adultes majeurs et consentants, il n'y a pas de crime, il n'y a que des fautes de goût ». Voilà. Alors moi je suis prêt à faire certaines fautes de goût que d'autres feraient pas, et pas faire certaines que d'autres font, je veux dire, c'est tout, je veux dire, voilà, chacun est libre. »*

Un des médecins insiste également sur sa capacité d'écoute :

E14 « *Mais par contre je suis à l'écoute. »*

b. Les caractéristiques du patient

La plupart des médecins se mettent d'accord sur le fait que leur aisance dépend du type de patient auquel ils sont confrontés. Influent alors :

➤ Le sexe du patient

E1 « *Je parle beaucoup plus sexualité avec les patients femmes parce que t'abordes toute la sphère gynéco, et le risque d'être enceinte, la contraception. »*

➤ L'âge du patient

E2 « *Le couple de petits vieux, je vais plus difficilement leurs demander s'ils ont des... enfin après je dis petits vieux, mais même 50-65 ans, j'ai du mal à aborder ce genre de sujet, alors que, on va dire jusqu'à 40-50 ans, quoique 50 ans ça dépend du profil... On va dire qu'entre 17 et 40 ans j'arrive à peu près facilement à aborder la sexualité. »*

E6 « *Et des gens plus jeunes à risques, c'est plus facile de leur poser la question. »*

E8 « *Et chez les vieux, c'est énorme [rires], ils l'abordent d'eux-mêmes, c'est beaucoup plus facile. »*

➤ Le caractère connu ou non du patient

E1 « *Si c'est un patient que je connais depuis l'enfance, oui je l'aborderai facilement. Si c'est un nouveau patient que je connais depuis moins d'un an, je l'aborderai peut-être pas forcément. Les patients qu'on a vu grandir, on va plus facilement leur dire de se protéger, faire attention à eux peut-être. »*

E14 « *Les gens qu'on voyait comme ça tout venant, qu'on connaissait pas, comme ici... Bah oui, je vais poser la question, sans... Parce que, quand vous êtes dans un cabinet à long terme, que vous voyez des gens régulièrement, qui vont, qui viennent, c'est plus délicat. »*

Il a ainsi été constaté que chaque médecin réagit différemment, puisque certains sont plus à l'aise avec les patients jeunes alors que d'autres avec les personnes plus âgées. De la même manière, des médecins sont plus à l'aise avec des patients qu'ils ne verraient que ponctuellement alors que d'autres le sont plus avec les patients qu'ils suivent sur le long terme.

c. La relation médecin-patient

La relation entre le médecin et le patient influence aussi grandement la manière dont la sexualité est abordée en consultation selon les généralistes interviewés. Les participants ont notamment accordé de l'importance aux principes suivants :

➤ La confiance

E5 « *Jpense qu'il faut que les gens aient confiance aussi et connaissent un peu leur médecin pour aborder des sujets comme ça. »*

E16 « *Et je pense que le temps, ça permet d'acquérir une confiance. »*

➤ La liberté de parole et l'opportunité de s'exprimer

E2 « *J'essaie, autant que faire se peut, déjà de voir l'ado seul, pour avoir un peu plus de liberté de parole. »*

E8 « *Souvent je leur dis quand même, que je suis là pour un bien-être physique, psychique et social. Et heu... c'est les trois qui m'intéressent quoi. »*

➤ L'intimité

E4 « *Déjà parce que sur un premier contact, les gens peuvent se braquer, se dire « de quoi elle se mêle ? » [...] Et puis, parce que sans point d'appel, je considère que c'est pas médical, c'est la vie des gens. »*

E10 « *C'est leur vie privée et ça ne nous regarde pas. »*

E15 « *J'ai pas à m'immiscer dans leur intimité s'ils ne veulent pas la partager. »*

➤ La réciprocité, dans le sens où l'aisance de l'un fait plus facilement l'aisance de l'autre

E2 « *Je pense en fait que c'est le genre de sujet où plus t'es à l'aise avec, plus les gens vont vouloir t'en parler. »*

E8 « *En fait, si tu l'abordes de manière... Naturelle ? Voilà, posée. Pfff, Ils te répondent sans souci. »*

d. Le motif de la consultation

Pour finir, de nombreux médecins soulèvent des difficultés à aborder la sexualité lorsque le motif de consultation n'est pas en lien :

E11 « *Après j'avoue que les jeunes ados en général, je ne le fais pas, parce que le moment où ils viennent pour une rhino, je vais pas leur parler de leur sexualité, d'abord ils seraient très gênés et puis ils vont se demander : « Mais qu'est-ce qu'il me raconte là, je lui ai rien demandé. » »*

E16 « *Si j'ai un jeune qui vient pour autre chose, je vais pas lui parler de sa vie sexuelle. »*

3. Un sujet compliqué, assimilé à un frein à la diffusion de la PrEP

Il ressort globalement des entretiens que la sexualité est un sujet compliqué, qui peut freiner la diffusion de la PrEP. De fait, les participants soulèvent un sujet peu évoqué en consultations nécessitant une brèche pour y accéder. Aussi, ils ne se sentent parfois pas aptes à accueillir certaines confessions des patients et n'ont pas toujours les ressources sur lesquelles s'appuyer lorsque les difficultés sortent du champ habituel.

a. Un sujet sous abordé en médecine générale

Nombre de médecins interviewés reconnaissent qu'ils n'abordent pas ce sujet d'eux-mêmes en consultation, ils requièrent une porte d'entrée, ce qui réduit considérablement les possibilités de l'aborder avec une partie de la population :

E16 « *Il faut qu'il y ait une porte d'entrée pour le moment. »*

Selon les médecins, des brèches différentes sont utilisées. Certains l'abordent à travers la vaccination :

E4 « *J'évoque le sujet que si y a une raison de le faire ou pour les vaccinations Gardasil par exemple. »*

D'autres via la sphère gynécologique :

E1 « *Je parle beaucoup plus sexualité avec les patients femmes parce que t'abordes toute la sphère gynéco, et le risque d'être enceinte, la contraception. »*

E11 « *J'avoue que c'est plutôt au moment de la prescription de la pilule, de la première pilule notamment... »*

Ou encore via des motifs divers :

E2 « *C'est-à-dire que quand ils arrivent en te disant : « J'ai des boutons... ». Là c'est facile de l'aborder, de savoir quelles sont les habitudes, qui peuvent heu... voilà. »*

E8 « *Et si tu veux, ils [la MSA] envoient des bilans à faire, heu... c'est des bilans réguliers. [...] Ils abordent vraiment très bien je trouve, même chez les adolescents, la santé sexuelle. »* et « *Dans la dépression, moi c'est... enfin je l'aborde très très, très très facilement. »*

E14 « *Généralement j'aborde quand ils ont 90 ans, qu'ils me demandent du viagra. »* et « *Quand il y a une infection urinaire, c'est pas fréquent chez les hommes. Alors là oui, je lâche pas. »*

Aussi, rares sont les médecins qui affirment que le patient a évoqué le sujet de lui-même :

E9 « *C'est les gens qui m'en parlent, souvent c'est ça. »*

b. Des médecins pas toujours prêts à recevoir certaines informations

Si le sujet est abordé, des médecins reconnaissent qu'ils ne sont pas toujours en capacité d'entendre certaines confessions :

E2 « *Ben c'est pas forcément le genre de conversation de routine que tu as avec tes patients. Des fois tu as des surprises aussi... Quand tu découvres certaines heu... habitudes de vie, on va dire heu... pour rester général, de tes patients, qui te semblaient bien carrés, bien rangés, et en fait c'est des gros consommateurs. »*

E8 « *Je sais pas, possiblement quand même, y a des choses que disent les gens, t'es pas toujours prêt à les entendre. [...] Y a aussi même ici, enfin ouais, des gens qui t'avouent des choses et tu sais qu'ils t'avouent de leur intime et heu.... Et est-ce que t'es en capacité d'écoute, de recevoir, heu... de t'adapter ? »*

c. Des ressources variables selon les médecins

Même si la plupart des médecins ont des ressources documentaires et connaissent en partie les spécialistes à qui adresser en cas de difficultés :

E3 « *Je m'oriente facilement plus vers les spécialistes. Après il y a les ressources documentaires aussi, avant d'appeler, j'avais aussi... je m'étais renseignée un petit peu aussi sur Internet. »*

E12 « *Bah après c'est beaucoup gynécologue, urologue, parce que y en a sur [XXX] quoi. »*

E16 « *Et après, un infectieux. Quand il... Quand voilà, un gars qui connaît le VIH aussi quoi. »*

Des situations restent sans ressource, le plus souvent par manque de connaissances des réseaux, notamment CeGIDD, ou absence de spécialistes :

E5 « *Nan, nan, on n'a pas grand-chose dans le coin, enfin pas que je crois... enfin peut-être qu'il existe des structures, mais je les connais pas.* »

E9 « *Y a pas vraiment de sexothérapeute dans le coin.* »

E10 « *Après c'est vrai que si j'avais une demande, je saurais pas trop à qui l'envoyer par contre, sincèrement.* »

E. Vers une meilleure appréhension de la PrEP

Les différents freins évoqués par les participants les ont amenés à proposer des solutions. Leurs avis concordent vers une volonté de mieux appréhender cette prophylaxie. Ils reconnaissent que cela doit passer par l'attitude du médecin en consultation, mais également par la formation.

1. Attitude du médecin généraliste

Les participants n'ont pas manqué de propositions concernant l'attitude à avoir dans le but d'améliorer l'abord de la sexualité et de la PrEP dans leurs cabinets.

a. Absence de jugement et de préjugé

Tout d'abord, beaucoup de médecins citent l'importance de mettre de côté leurs convictions pour ne pas être dans le jugement du patient :

E2 « *Mais c'est vrai que quand on te sort « Moi je me considère poly-amoureux », sur le coup tu te dis « Ok, très bien, je... ne réagis pas, poker face » [rires]. No judgement [rires]. Ouais, pas de jugement. »*

E6 « *Après je lui ai dit, moi j'ai pas à vous juger, moi je vous donne un traitement. »*

E16 « *J'observe une certaine réserve, puisque je ne commente pas, je ne critique pas, etc. »*

b. S'adapter à chaque patient

D'autres médecins évoquent le fait de ne pouvoir tout maîtriser et de pouvoir s'adapter à chaque patient :

E1 « *Peut-être en profiter pour voir si les patients ont des questions, toutes bêtes hein, sur la sexualité de manière globale. [...] S'il y a des gens ils savent pas mettre un préservatif, des conneries comme ça quoi. »*

E7 « *Ils le savent, ils sont au courant qu'il faut faire des dépistages, ils sont au courant qu'il faut faire le truc, etc... Mais bon, par là-dessus, y a un truc qui s'appelle l'amour et ça tu peux pas. Oui, on peut pas aller au-dessus. Il faut accepter. Nous c'est ce qu'on, c'est des conclusions auxquelles on était arrivés en matière de contraception. Il faut accepter que de toute façon y aura toujours un échec de contraception. [...] Parce que ça arrive à un instant T, et que à l'instant T ce qui se passe dans la tête de chacun, voilà... On maîtrise pas. Et en plus, on doit le respecter. »*

c. Savoir remettre en question sa pratique

En outre, l'intérêt de savoir se remettre en question ainsi que sa pratique est souligné plusieurs fois :

E3 « *Je me pose des questions assez facilement. Ouais ? Mais sûrement pas assez peut-être encore... [pensive]* »

E6 « *Peut-être que nous on pose pas les bonnes questions.* »

E8 « *Bah si tu veux quand tu dis « T'as pas été mise en difficulté ? ». J'ai l'impression que non, mais est-ce que c'est parce que j'ai pas été mise en situation, tu vois ? Donc possiblement, j'ai l'impression d'être à l'aise, alors qu'en réalité, je suis... juste pas dans la situation, et que du coup bah je le suis pas.* »

d. Prévoir une première consultation longue

Un médecin propose de prévoir un créneau plus long lors de la première consultation PrEP :

E16 « *Si demain j'ai un patient qui arrive, qui dit : « Bah voilà, je viens faire ça ». Alors 1) je lui dirais bah OK, on va en rediscuter, 2) je lui proposerais un rendez-vous long, d'au moins 30 minutes... »*

e. Vérifier les acquis du patient

Un autre médecin suggère de vérifier les acquis du patient en matière de santé sexuelle pour mieux cibler la prévention :

E1 « *Voir un peu si les gens ont les bases. C'est ce que j'essaierais de faire.* »

f. Aborder la question des partenaires et de l'orientation sexuelle

Un autre conseil est de rendre la question de l'orientation sexuelle et des partenaires plus systématique pour y penser et de le tracer dans le dossier :

E6 « *Tout simplement, penser à poser la question, heu voilà. Que ce soit un petit peu systématique dans l'interrogatoire, comme « Fumez-vous ? » [...] Et que ce soit mis dans le dossier.* »

g. Rôle de prévention en santé sexuelle

Aussi, plusieurs participants insistent sur la part indissociable de prévention en santé sexuelle que le médecin doit associer à la prescription de PrEP :

E8 « *La prescription ne peut pas être simple non plus, et heu, ça ne peut pas ne pas s'accompagner de conseils.* »

E16 « *Et c'est pour ça qu'il doit y avoir à mon avis, quand on prescrit, un grand moment d'échange sur le fait que on essaie de responsabiliser les patients. Sinon, c'est... On peut pas leur donner une pilule en leur disant : « Tiens, prends ça et fais ce que tu veux... ». Je trouve.* »

2. Formation des médecins généralistes

De même, les participants ont montré un certain engouement à l'idée de se former sur la PrEP avec une majorité d'avis favorables, cependant confrontés à quelques médecins dubitatifs.

a. De nombreux avis favorables

La plupart des médecins interviewés sont partants pour une formation sur la PrEP, formation qu'ils trouvent pertinente :

E4 « *Moi je suis tout à fait favorable ! [rires] Je pense que je serais pas la seule d'ailleurs.* »

E15 « *Effectivement, tout ce qui m'apporte quelque chose, tout ce qui m'apprend m'intéresse.* »

E16 « *Bon, encore une fois, c'est pas un sujet qui est parmi mes axes prioritaires. Mais justement comme j'y connais pas grand-chose, ça m'intéresserait très clairement.* »

Un des médecins est même prêt à en organiser une :

E11 « *On aime bien organiser des formations, des soirées de formation avec des spécialistes, sur [XXX]. Ça a été interrompu par le COVID, mais on espère bien remettre ça en place. Et ça pourrait être un sujet de formation médicale continue avec le spécialiste de l'hôpital à mon avis qui serait très content de le faire.* »

Ils y perçoivent en effet des bénéfices pour leur pratique, notamment dans le but d'améliorer la qualité de prise en charge des patients :

E4 « *Améliorer la qualité de mes prises en charge, ça c'est sûr, c'est la... c'est le... la principale chose importante.* »

E9 « *Ben si elle est bien faite, oui. Si je m'endors pas, oui. [sourire] Heu... bah dans quel sens, dans le sens du mieux pour le patient, j'espère.* »

E11 « *Oui, oui, j'irai me former là-dessus, pour être un peu moins bête et surtout pour lui rendre service.* »

Mais également un gain d'assurance pour le médecin et donc une meilleure crédibilité auprès du patient :

E2 « *Plus on est sensibilisés, plus que formés, au moins sensibilisés sur ces sujets, même en termes de crédibilité par rapport au patient, si tu es vraiment ouvert à l'écoute, les gens savent qu'ils peuvent te parler de tout.* »

E5 « *Bah plus d'assurance déjà, enfin j pense de savoir de quoi on parle, d'être plus à l'aise pour en discuter avec les gens.* »

b. Contre quelques doutes

Tous les médecins ne partagent cependant pas le même enthousiasme :

E1 « *Je pense que même si tu me fais une formation sur la PrEP, je suis pas certaine que ça changerait mes habitudes avec les patients. Je saurais, mais est-ce que je l'appliquerai ? Je sais pas...* »

E6 « *Est-ce que une formation t'intéresserait du coup ? Bah, pfff... si j'ai les patients, mais si j'ai pas les patients, non.* »

F. Comment mieux la prescrire et la diffuser ?

Afin de mieux prescrire la PrEP, les participants ont clairement exposé leurs attentes concernant une formation. Aussi, ils ont énoncé quelques propositions dans une démarche de meilleure diffusion de cette prophylaxie en soins primaires.

1. Les attentes des médecins généralistes à propos d'une formation

Nous nous intéresserons tout d'abord aux propositions des participants concernant le contenu de la formation, puis au format qu'ils envisagent.

a. Contenu

Ce que les médecins interviewés souhaitent en priorité, c'est apprendre les modalités de prescription, pourquoi pas à l'aide d'un protocole :

E5 « Bah ce serait les modalités du traitement, du suivi, heu... [réflexion] le dépistage, des choses comme ça quoi. »

E12 « Bah du concret quoi, comment ça se prescrit, les modalités de surveillance, à quelle fréquence. [...] Les effets secondaires. »

E16 « Voilà, le truc carré, avec les trucs à pas louper, les messages à faire passer. Heu... La sécurité de l'emploi, c'est-à-dire le bilan bio qu'il faut faire avant de prescrire, et tout ça quoi. »

Certains aimeraient apprendre à déconstruire leurs préjugés :

E8 « Et possiblement aussi sur ce que je... sur mes, mes... [réflexion], mes défenses ou mes barrières, dont je ne sais pas que je les ai. Comme ça j'ai l'impression, mais ça se trouve j'en ai et je suis juste pas au courant. »

Des médecins ont également insisté sur l'apprentissage d'un meilleur repérage des patients à risques :

E9 « Comment aborder le sujet, dépister les gens à qui ça peut... enfin cibler les gens à qui ça peut intéresser. »

E14 « Peut-être que vous vous allez me dire les situations un peu cliniques qui peuvent donner l'occasion d'aborder le sujet quoi. »

En outre, ils ont bien compris l'importance de la santé sexuelle associée à la PrEP et ont manifesté leur volonté d'être formés également sur quelques thématiques :

E4 « *C'est pas tout à fait le même thème, mais heu... accompagnement, hum comment dire... quand y a des traumatismes sexuels, voilà des choses comme ça, c'est vrai que même par exemple le thème des femmes, des violences faites aux femmes.* »

E12 « *Bah je pense qu'il faut les re lister de toute façon, toutes les pathologies sexuellement transmissibles, tous les comportements à risques, enfin tout.* »

b. Format

Les généralistes interviewés sont assez unanimes sur de nombreux critères quant au format à donner à la formation. Voici les grandes idées qui ressortent des entretiens :

- Une formation synthétique, axée « pratique », non chronophage :

E10 « *Après faut que ce soit synthétique, et heu... bien visé médecin généraliste quoi. J'ai pas envie de savoir des choses qui servent à rien. Que ce soit du concret.* »

E11 « *Donc si y a cette possibilité, si c'est heu pas quelque chose de ni trop chronophage, ni trop complexe d'un point de vue médical pour un médecin généraliste.* »

E16 « *Un truc court, rapide, concis.* »

- Plutôt par un spécialiste :

E4 « *Une présentation par un médecin soit spécialiste ou en tout cas quelqu'un qui connaît ça.* »

E5 « *Ce qui est intéressant quand on est dans un milieu rural comme chez nous où on n'a pas beaucoup de spécialistes, c'est de pouvoir les rencontrer. Heu... parce que déjà après ça permet de créer des contacts.* »

- Indépendante des laboratoires :

E9 « *Plutôt indépendante par rapport au labo qui va produire le médicament.* »

- Interactive :

E2 « *Un petit peu interactive quand même...* »

E7 « *Ben surtout des échanges hein.* »

- Associée à une trace écrite :

E2 « Avec la petite fiche pratique, un petit tableau à la fin, j'aime bien les tableaux. »

E4 « Avec un support, soit powerpoint, soit papier, mais qu'on ait une trace écrite des principales choses [...] qui soit utilisable facilement en consultation. »

- Avec préparation de cas cliniques et questions au préalable :

E5 « Et puis peut-être quelques cas cliniques au départ pour... bah pour pouvoir préparer. »

Cependant, des divergences sont observées concernant certains aspects de la formation :

- En présentiel, en visioconférence ou en ligne ?

E3 « Bah plutôt présentielle, je trouve que quand même les informations passent mieux. »

E8 « Eventuellement une feuille, un bouquin, mais pas du télétruc à la... J'en peux plus de ça. Non, non. Le mieux, le présentiel. »

E9 « Plus sous forme de vidéos. Enfin, pas un truc en présentiel. »

- En journée ou en soirée ?

E3 « Est-ce qu'une soirée suffit ? Ça je ne me rends pas bien compte, faudrait voir avec les médecins experts heu... spécialistes, si une soirée peut suffire pour nous donner les informations principales, ou s'il faut répéter, ou est-ce qu'il faut deux jours ? »

E4 « Plutôt un soir pour s'intégrer dans un emploi du temps. »

E7 « Une journée qui passe, enfin moi j'aime bien les formations sur les... on prend une journée et puis on discute de ça hein. »

En outre, un participant a déclaré ne pas souhaiter d'évaluation en fin de formation :

E15 « Je vais vous dire, effectivement là... Là y a une formation de dermato, elle était intéressante, elle veut nous faire faire des challenges, etc. Moi c'est terminé, j'ai jamais voulu passer l'internat, c'est pas pour, c'est pas pour... passer 70 ans, pour aller faire des concours. »

2. Favoriser sa diffusion

Les médecins interviewés ont avancé quelques idées pour favoriser la diffusion de la PrEP, que cela soit à destination du grand public, mais également en consultation auprès des patients les plus à risques, à condition que l'intervention soit faite au bon moment.

a. A destination du grand public

Des participants ont proposé d'effectuer des campagnes de promotion nationale, médiatiques, pour faire connaître la PrEP au plus grand nombre :

E3 « *Mais faudrait qu'il y ait aussi une campagne peut-être nationale au niveau des médias.* »

E11 « *Ça peut être des campagnes dédiées.* »

Un médecin a également proposé une campagne d'affichage au cabinet ou des réunions d'informations pour les patients :

E11 « *Ça peut être un choix du cabinet de se dire : « On va faire de l'info là-dessus ». Et donc, ça peut être des affiches, ça peut être des propositions de réunion.* »

b. En consultation

Aussi, comme évoqué ci-dessus, de nombreux médecins ont demandé à apprendre à mieux cibler les patients à risques et à développer des outils pour appréhender le sujet plus aisément en consultation, ce qui permettrait une meilleure diffusion de la PrEP :

E9 « *Comment aborder le sujet, dépister les gens à qui ça peut... enfin cibler les gens à qui ça peut intéresser.* »

E10 « *Peut-être qu'il faudrait savoir comment aborder ce sujet-là éventuellement.* »

c. Saisir l'instant opportun

Enfin, un médecin insistait sur l'importance de saisir l'instant opportun, de faire le bon acte au bon moment, afin qu'il ait l'impact escompté :

E11 « *Et puis, c'est, c'est, c'est... de toute façon, les conseils sont entendus quand ils surviennent dans un contexte qui permet qu'ils soient entendus.* » et « *Le problème des conseils et de la prévention, c'est que ça ne peut se faire qu'au bon moment.* »

DISCUSSION

Nous allons maintenant nous intéresser aux forces et aux limites de notre étude, puis à l'analyse des résultats que nous confronterons aux données de la littérature, ainsi qu'aux résultats inattendus. Nous terminerons sur l'analyse croisée des données qui nous amènera à conclure.

A. Forces de notre étude

Plusieurs forces émergent de cette étude.

Tout d'abord, comme en témoignent les recommandations récemment publiées par la HAS avec l'élargissement de la prescription initiale aux médecins généralistes (10), la PrEP apparaît comme un sujet d'actualité. En tant que traitement prophylactique, son intérêt est primordial en soins primaires et s'inscrit naturellement comme sujet de médecine générale.

L'arrivée de cette nouvelle prérogative différencie notre travail de la majorité des études déjà existantes. Aussi, son originalité repose sur le fait qu'il n'y a, au regard des connaissances actuelles, aucun travail réalisé sur ce sujet dans cette zone géographique, avec les particularités qui lui sont propres.

Ce travail a par ailleurs permis d'informer les participants sur la PrEP et d'éveiller leur curiosité sur ce sujet, ce qui incitera probablement certains à se former dans le domaine.

En outre, une autre des forces de cette étude réside dans le choix de la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés qui permet une ouverture du dialogue et l'émergence de nouvelles idées. Le guide a donc pu évoluer tout au long des entretiens.

Du point de vue technique, il n'y avait pas de durée d'entretien définie, ce qui a permis d'instaurer un climat de confiance et a mené à des entretiens riches et de bonne qualité. De même, les entretiens ont été menés en présentiel, ce qui était plus propice pour aborder les thématiques parfois délicates. Tout était mis en œuvre pour mettre à l'aise les participants.

Leur enregistrement a permis d'avoir une retranscription fidèle et un accès à la communication non verbale. Le fait d'avoir choisi de mener un entretien malgré le refus de l'enregistrement audio a aidé à dégager de nouveaux thèmes en prises de notes. Ainsi, sans pouvoir être utilisées dans les résultats finaux, ces idées ont pu être intégrées pour agrémenter le guide d'entretien pour les rencontres suivantes.

Dans une étude qualitative, bien que la représentativité de la population ne soit pas le but, nous avons tout de même cherché à obtenir une variation maximale dans notre échantillon. Cet élément a été assuré par l'hétérogénéité de la population. La recherche de la variation maximale effectuée sur l'expérience, l'âge, le sexe, et la répartition territoriale, ainsi que le nombre d'entretiens plutôt conséquent ont permis d'obtenir un maximum de représentations d'opinions.

Le fait d'avoir une seule et même personne en tant qu'investigatrice et rédactrice a permis d'assurer la reproductibilité de chaque entretien, avec un recueil de données homogène et cohérent. Afin de renforcer la validité des résultats (28), l'investigatrice et la directrice de thèse ont procédé à un double codage et à une triangulation des données, limitant ainsi le biais d'interprétation.

B. Limites de notre étude

Tout d'abord, une limite en termes de recrutement peut être soulevée. Ayant accepté de participer à l'entretien, il peut être supposé que les participants eussent un intérêt plus important pour le sujet que la population générale de médecins généralistes. Aussi, une partie du recrutement s'étant effectuée par effet boule de neige, cela a pu sélectionner des médecins partageant des centres d'intérêt communs.

Des limites d'investigation sont également évoquées. En effet, lors du recueil des données, l'investigatrice a interrogé les participants d'une manière qui a pu influencer leur discours. Cette influence a pu être majorée du fait que, comme nous parlions de PrEP, les participants pouvaient imaginer que nous étions en faveur de l'utilisation de cette prophylaxie. Par ailleurs, bien que les questions du guide d'entretien soient ouvertes et qu'une liberté de parole soit laissée aux participants, celles-ci ont pu faire obstacle à l'apparition d'autres idées.

Aussi, cette étude étant le premier travail de ce type pour l'investigatrice, le manque d'expérience dans la pratique d'entretiens semi-dirigés et dans l'analyse des résultats constitue une limite. Celle-ci a pu être en partie atténuée par la réalisation d'un guide d'entretien permettant d'améliorer la reproductibilité des entretiens.

Enfin, l'investigatrice connaissait une partie des médecins interviewés, ce qui a pu modifier leur attitude et leurs réponses.

C. Analyse des résultats et comparaison aux données de la littérature

Notre travail s'est attaché à étudier le vécu des médecins généralistes de l'Orne concernant la PrEP, dans le but de faire émerger des solutions afin de mieux appréhender et promouvoir la PrEP en soins premiers. Nous reprendrons dans ce paragraphe les résultats obtenus que nous comparerons aux études déjà réalisées.

1. Une stratégie de prévention encore mal connue

a. Des connaissances hétérogènes

Les résultats sont assez unanimes : bien que les connaissances des généralistes de l'Orne concernant la PrEP soient variables entre les médecins interviewés, il reste de nombreuses inconnues quant à la PrEP. Notre étude montre qu'avant les entretiens, seule une partie des médecins connaissait l'existence de ce traitement, mais beaucoup d'autres n'en avaient jamais entendu parler.

En l'occurrence, en ce qui concerne le principe du traitement, le constat est similaire : certains médecins en connaissaient les objectifs et les grandes lignes alors que d'autres n'en savaient absolument rien ou le confondaient avec le TPE. Il en va de même concernant les modalités de prescription : les connaissances observées sont partielles et plutôt vagues. La plupart des participants n'avaient pas connaissance de l'élargissement de la prescription initiale aux médecins généralistes.

Ces résultats sont en accord avec plusieurs études françaises (29–31) constatant un manque de connaissances criant des médecins, qu'ils reconnaissent. Ils ont été confirmés par des études quantitatives comme le montre le travail de S. Bertho en 2019 (32), mené dans les départements de la Vienne et des Deux-Sèvres, plutôt ruraux, qui a mis en évidence que 53% des médecins généralistes qu'elle avait interrogés avaient connaissance de l'existence du traitement, ce qui finalement est faible, d'autant plus que cela ne signifie pas connaître le principe et les modalités de prise en charge associés. Une étude réalisée en France en 2021, donc plus récente, a en revanche montré que seulement 10,8% des médecins interrogés n'en avaient jamais entendu parler et que 44,5% en avaient « un peu » entendu parler (33). Nous pouvons nous demander si cela est dû au fait que plus de 80% de la population étudiée était considérée comme urbaine et/ou que l'étude soit plus récente donc que l'information ait été relayée aux médecins généralistes. Toujours dans cette étude, plus des deux tiers des participants ne connaissaient pas les modalités de prescription.

Concernant l'élargissement de la primo-prescription aux médecins généralistes depuis le premier juin 2021, elle faisait partie des solutions évoquées dans les études citées précédemment, afin de favoriser la diffusion de la PrEP en soins primaires. D'autres études à l'étranger, comme celle de Crowley et al. en Irlande (34), avaient également mis en avant l'importance d'inclure les médecins généralistes dans la prise en charge de la PrEP pour permettre son expansion, et ainsi accélérer les progrès vers la fin de l'épidémie. Sa mise en place récente ne nous permet pas de faire de comparaison avec la littérature afin de savoir si l'ignorance de cette mesure est propre à l'Orne ou peut être élargie à tout le territoire, aucune étude n'ayant été recensée à ce jour en France.

Par ailleurs, même si certains médecins ciblent bien une partie de la population concernée par ce traitement, principalement les HSH et les multipartenaires, il est de manière générale mis en évidence une nébuleuse, avec parfois des idées reçues, autour de la population à risques, qui tantôt est très ciblée par certains médecins et parfois très élargie. Si nous nous référons à la réponse rapide de la HAS parue en avril 2021 (10), nous constatons qu'une partie de la population à risques n'est jamais citée dans notre étude, notamment les personnes ou partenaires de personnes originaires de pays à forte endémie, qui pourtant représentent le deuxième groupe le plus à risques après les HSH (5), ou encore les travailleurs du sexe, pour ne citer que deux exemples. C'est également un constat qui a été fait dans différents travaux (30,35,36). Si nous nous référons à d'autres résultats de notre étude, il semble que les médecins identifient certains patients éligibles à la PrEP dans leur patientèle, cependant il semble que cela représente particulièrement les HSH ou les personnes ayant des partenaires multiples. Il est donc possible, dans le cadre de notre étude, que les médecins ne soient pas vraiment confrontés à la patientèle vulnérable que peuvent être les migrants ou les prostituées car ceux-ci n'ont pas toujours facilement accès aux soins. Une autre hypothèse est que le sujet ne soit pas abordé en consultation du fait que l'abord de la sexualité, donc de la prostitution, semble être un frein.

b. Une expérience de la PrEP quasi inexistante

Notre étude montre que la majorité des médecins interviewés n'ont jamais été confrontés à la PrEP en consultation, et lorsqu'ils y ont été confrontés, cela n'a pas abouti à une prescription. Ces données sont en accord avec plusieurs travaux français (30,32). Prenons pour exemple les données de l'étude de M. Kimiaï (33) : plus de la moitié des médecins interrogés n'avaient jamais abordé la PrEP en consultation, et dans la partie des médecins qui l'avaient abordée, cela restait très peu fréquent. Moins de 10% l'avaient déjà prescrite.

Il en va de même à l'étranger, une étude américaine (37) a mis en évidence que seulement un tiers des médecins en soins premiers qui avaient connaissance de l'existence de la PrEP l'avaient adoptée, dans le sens où ils l'avaient prescrite au moins une fois ou avaient référé un patient qu'ils pensaient éligible.

c. Le manque d'(in)formation

Il ressort que beaucoup de médecins de l'Orne n'ont reçu aucune information concernant ce récent traitement prophylactique. Ils semblent surtout en avoir entendu parler par bouche à oreille, via des patients par exemple, mais très peu via les revues médicales, les médias généraux ou la formation continue.

Ce manque d'information a également été mis en exergue dans le travail de H. Foka Tichoue en 2018 en Seine-Saint-Denis (35). Cependant les sources d'information diffèrent de notre étude : les praticiens interrogés en avaient principalement entendu parler par la presse médicale, mais pas du tout par les patients. Dans une autre étude menée dans les Hauts-de-France en 2020 (38), la presse médicale est également la source principale, mais une part importante est attribuée à la formation continue et aux patients. Le délai entre les différents travaux pourrait expliquer ces divergences, laissant à penser que la diffusion de l'information auprès des patients est meilleure actuellement qu'il y a quelques années, mais n'explique pas le fait que les praticiens Ornais n'aient pas eu accès à l'information à travers la presse médicale ou aux formations. En effet, la PrEP a été citée dans des revues de médecine générale à plusieurs reprises, et notamment lors de l'élargissement de la prescription aux médecins généralistes (39,40).

Ces articles mettent justement en lumière le site de formation en ligne Formaprep (26) et l'opportunité à saisir par les soignants pour améliorer la prévention sexuelle. Cette plateforme de formation à distance, ouverte pour l'accompagnement à la primo-prescription et au suivi de la PrEP en médecine libérale n'était connue que d'un seul médecin, très certainement du fait de son caractère récent (début 2021).

Pour la même raison de temporalité, il semble logique que les médecins n'aient pas eu connaissance de la PrEP lors de leur cursus universitaire, et que cela ne soit apparemment cité dans aucune étude à ce jour.

2. Positionnement des médecins généralistes par rapport à la PrEP

a. Un accueil enthousiaste

Nous avons globalement rencontré une opinion favorable des médecins généralistes concernant la PrEP. Leur enthousiasme était palpable, à l'image de nombreuses autres études (29,30,32,37,41–44).

Parmi les arguments soulevés, l'**objectif de santé publique** est revenu fréquemment, avec notamment une réponse à un besoin, une révolution et même un espoir vis-à-vis du VIH avec l'apport d'une protection supplémentaire. Cette opinion est partagée dans l'étude de A. Hours (29), la PrEP est perçue par les généralistes comme une réponse à l'expansion de l'épidémie de VIH en France et à la multiplication des pratiques sexuelles à risques. Dans le travail de P. Daire et P. Junquero (30), cet avis est aussi mis en avant avec un objectif de diminution des contaminations et une entrevue vers l'éradication du VIH dans le monde, dans le cadre de la prévention combinée.

Ce traitement ouvre par ailleurs la porte à la **diminution des stigmatisations** selon plusieurs praticiens, le VIH étant l'une des pathologies les plus stigmatisantes à l'heure actuelle, les pratiques sexuelles associées pouvant être jugées déviantes. Le fait que cette nouvelle prophylaxie ait vu le jour ouvre la voie à une meilleure communication autour de la prise de risques et du VIH, et donc plus de libertés de discussion, que cela vienne du patient ou du médecin, selon une enquête collective menée auprès de médecins et de patients (45).

Selon les médecins interviewés, la PrEP serait bénéfique pour les patients concernés, du fait de sa fiabilité et, par conséquent, **de la sérénité et de l'épanouissement** qu'elle leur apporterait. A travers notre expérience personnelle auprès des patients prépeurs auxquels nous avons été confrontés en consultation, ce sentiment de tranquillité d'esprit a émané à plusieurs reprises. Les médecins interrogés par R. Bertrand (42) ont en outre soulevé une amélioration du bien-être des patients sous PrEP et une diminution de leur anxiété liée aux relations sexuelles, ce qui est également confirmé par l'enquête collective (45).

Avoir le **choix entre plusieurs modalités de prise** semble par ailleurs être un avantage pour le patient. Cependant, ils y voient surtout un avantage en ce qui concerne la prise à la demande, qui resterait ponctuelle, donc entraînant moins de risque de toxicité au long terme contrairement à la prise en continu. Cet avis n'est pourtant pas partagé par les médecins interrogés dans une autre étude (30), qui estiment qu'il est difficile d'anticiper la prise de risque, ce qui pourrait entraîner des défauts d'observance, donc une inefficacité, mais également des résistances au traitement.

Aussi, la **prise en charge à 100% du traitement** est un point positif évoqué par un seul des médecins interrogés. Cet argument est plutôt discuté dans notre étude ainsi que dans la littérature, à l'image d'une étude auprès de praticiens allemands (44) qui pour certains estiment que ce qui est considéré comme un hobby se doit d'être assumé par le patient lui-même. En revanche, pour d'autres, il s'agit d'un moyen d'éradiquer le VIH qui devrait être pris en charge par la société.

La **possibilité de l'initier par le médecin traitant** fait partie des points forts et est plutôt bien accueillie. Comme le montre P. Maria dans son étude (41), de nombreux médecins interrogés pensent que l'ouverture de l'initiation de la PrEP par tout médecin va lever des freins qui pouvaient entraver son accès pour certains patients : le recours à un spécialiste, la disponibilité des rendez-vous, l'accès géographique, etc. Selon son étude, cette mesure permettrait même de renforcer la relation entre le médecin et le patient. En outre, la majeure partie des patients semble en faveur de cette mesure (46).

Selon les participants à notre étude, cette possibilité leur confèrerait un avantage de taille, à savoir, la porte d'entrée qu'elle offre pour **aborder la santé sexuelle**, mais également pour **introduire un suivi médical général** dans une population qui d'ordinaire consulte peu. Cet avantage est souligné par S. Bertho dans son travail (32). En effet, les personnes à risques sont majoritairement des sujets jeunes, connus pour être une tranche d'âge de la population qui présente peu d'occasions à consulter. Cela permettrait par exemple de dépister plus facilement les autres IST chez des patients qui prennent des risques mais ne consulteraient pas s'ils n'étaient pas sous PrEP. Cet avis est partagé par les médecins interrogés par N. Bally (43), 75% d'entre eux estiment que le suivi rigoureux de la PrEP augmenterait l'opportunité de dépistage et de traitement des autres IST.

Ce traitement s'intégrerait donc dans une **prise en charge globale du patient**, car ne concernant pas seulement la PrEP, et relève du rôle du médecin généraliste, comme l'a souligné un des participants. La prévention est une démarche centrée sur le patient, nécessitant une bonne connaissance de celui-ci, une écoute attentive, l'abord de sujets intimes pour adapter au mieux les conseils à son profil, selon d'autres praticiens (42). Aussi, l'éducation et le conseil sont généralement perçus comme la responsabilité du médecin de premier recours, qui sera le mieux placé pour identifier les patients concernés (44).

Ces bénéfices incitent globalement les médecins généralistes à prescrire la PrEP, même si certains ne sont prêts qu'à la renouveler et non à l'introduire, et que d'autres accepteraient de la prescrire à la demande mais pas de manière continue. Le même constat est fait dans l'étude de M. Kimiaï (33) : les médecins interrogés étaient tout à fait favorables à effectuer le suivi des personnes sous PrEP, et étaient prêts à la renouveler ponctuellement, mais pas régulièrement. A l'image de notre étude, une majorité des médecins interrogés par P. Maria (41) se sentaient prêts à l'initier, mais évoquaient la nécessité d'être formés en amont. En revanche, une minorité de médecins estimerait le temps de formation nécessaire trop conséquent pour un effectif faible de leur patientèle (42).

b. Une position nuancée

Bien que les médecins perçoivent de nombreux bénéfices à la PrEP, ils gardent un esprit critique envers ce traitement, qui est à la fois vu comme une alternative à défaut d'avoir mieux pour endiguer l'épidémie, mais également comme un bouleversement des politiques de santé sexuelle qui soulève des questions sur son principe qualifié d'antinomique ou de contradictoire.

En effet, comme certains médecins l'énoncent dans l'enquête collective précédemment citée (45), une idéologie très ancrée datant des débuts de l'épidémie consacre le préservatif comme le moyen efficace de lutte contre la transmission du VIH et des autres IST. Recommander la PrEP impliquerait pour eux une possible non-utilisation du préservatif, ce qui entre en contradiction avec le discours de prévention qu'ils ont tenu pendant des décennies.

Par ailleurs, le paradigme de prévention collective qu'est le préservatif, en se protégeant soi-même mais aussi les autres de toutes les IST, risque de laisser place avec la PrEP à une prévention individuelle, qui ne protège que du VIH et qui repose sur les institutions médicales et l'industrie pharmaceutique.

C'est pourquoi les recommandations stipulent bien qu'il ne peut se substituer au préservatif. Il nécessite des précautions particulières notamment l'association avec d'autres moyens de prévention et des conseils, mais également de bien poser l'indication (10).

c. Les freins

La PrEP laisse donc entrevoir de nombreuses craintes à sa prescription. Les freins soulevés par les participants à notre étude concordent dans l'ensemble avec les données de la littérature, comme nous allons le voir.

Pour les médecins généralistes, la principale limite avancée est le **manque de connaissances et de compétences** de manière globale. Comme vu précédemment, ce constat est corroboré par de nombreuses études effectuées dans plusieurs régions françaises (29,31–33,42), mais également à l'étranger, comme le montre une revue de la littérature effectuée en 2020 aux Etats-Unis (47).

Ils déclarent notamment avoir des **difficultés à identifier les populations à risques** dans leur patientèle. Des résultats similaires sont retrouvés dans plusieurs études françaises (29,30,32,33,41). Il est vrai que le patient potentiellement prépeur peut s'ignorer ou ne pas connaître la PrEP. Il en va du rôle du médecin traitant de le repérer afin de lui proposer cette prophylaxie. Cependant, comme l'a énoncé le professeur Sicard lors du premier colloque international sur la santé des lesbiennes, gays,

Bisexuels et Transgenres (LGBT) (48), les patients sont trop souvent présumés cisgenres et hétérosexuels par leur médecin traitant, il ose même parler d'une médecine « malade de son jugement normatif », ce qui entrave les conseils de prévention adaptés. S'ajoute certainement la difficulté d'aborder la sexualité par tabou ou par pudeur des médecins, ils semblent donc peu enclins à rechercher l'orientation sexuelle ou la prise de risques.

Aussi, comme dans d'autres études, nos participants ont souligné la variété de la médecine générale et la difficulté d'être formés dans tous les domaines, par **manque de temps**. Dans sa thèse, A. Hours (29) a fait ce constat et a même fait émerger la vulnérabilité des médecins, qui se sentent dépassés par la surcharge de travail. S'ajoute le fait qu'ils ne soient que rarement confrontés à ce type de situation, ce qui rend le sujet non prioritaire et non spontané. La PrEP apparaît alors comme un outil parmi d'autres, tant au sein de la prévention VIH que de la multiplicité des prérogatives médicales, dans un monde où le VIH n'est ni la priorité ni l'unique pathologie à traiter (45).

La crainte que les **consultations** soient très **chronophages**, du fait de l'abord de la sexualité et des conseils à accompagner à la prescription, s'ajoute également. Le risque, comme l'a soulevé un des médecins, est de reléguer la prévention au profit du médicament. Là encore, les études réalisées dans d'autres régions françaises vont dans ce sens, il ressort de l'étude de M. Colin (31) que les médecins généralistes ne voient pas comment intégrer cette nouvelle prophylaxie dans leurs consultations. Aussi, des médecins qui ont l'habitude de prescrire ce traitement (45) affirment qu'une primo-prescription de PrEP dure au moins trois quarts d'heure. Nous avons également pu le constater lors de la participation à certaines consultations dont la durée variait entre trente minutes et une heure, principalement pour la primo-prescription. En ce qui concerne le renouvellement, lorsque le traitement est bien maîtrisé par le médecin et le patient, cela peut être beaucoup plus rapide, approximativement quinze à vingt minutes.

En termes de prévention, plusieurs freins sont également soulevés. Une part importante des participants s'inquiète d'une **banalisation des risques** et d'une **déresponsabilisation du patient** : la PrEP inciterait les patients à adopter des comportements à risques, ces derniers se sentant protégés par le médicament. Ce constat est similaire dans d'autres études françaises (29,41) et américaines (47), mais est également discuté dans l'étude de P. Daire et P. Junquero (30) où certains médecins y voient un moyen de protection et de maîtrise du risque individuel induisant la responsabilisation du patient. Aussi, si nous nous intéressons à l'avis des patients (45), la PrEP est souvent assimilée à un outil citoyen qui, en évitant de se contaminer, empêche indubitablement la contagion d'autrui. De plus, la prise d'un médicament venant encadrer la sexualité semble permettre une valorisation de l'image de soi par une responsabilisation de ses pratiques, ajoutant une sécurité en évitant des situations d'angoisse liées aux aléas du préservatif.

Par conséquent, la majorité des médecins craignent une **baisse de l'utilisation du préservatif**, bien que recommandé, et son corollaire, la **recrudescence des autres IST**. Sans surprise, ces craintes sont également partagées dans les études précédemment citées (29,30,41). Cependant, il faut noter que l'augmentation de l'incidence des IST bactériennes en France précède l'introduction de la PrEP. Santé Publique France notait en 2015 que le nombre de syphilis précoces, de gonococcies, de lymphogranulomatoses vénériennes rectales et autres infections rectales à chlamydia, était en progression, principalement chez les HSH (49). Concernant la PrEP et les IST, une étude australienne prospective sur deux ans a montré que les prépeurs sont déjà très exposés aux IST, mais que la mise sous PrEP ne s'est pas accompagnée de leur augmentation (50). Donc la progression actuelle de l'incidence des IST dans la population générale pourrait être un fait indépendant de la PrEP, peut-être liée à une augmentation de l'activité de dépistage (5), mais également à la baisse de l'utilisation du préservatif dans la population générale observée depuis déjà deux décennies en France (51). Par ailleurs, il semblerait tout de même que la prise de PrEP chez les HSH et hommes bisexuels s'accompagne d'une diminution du recours au préservatif selon une autre étude australienne (52), d'où l'importance du dépistage des IST prévu par le suivi trimestriel des patients sous PrEP et de l'incitation au port du préservatif.

Les participants ont également noté des freins pour les patients, en particulier l'**accès à la consultation**, notamment spécialiste, en termes de délai et de distance, lorsque les médecins généralistes ne se sentent pas prêts à prescrire la PrEP. C'est effectivement ce que mettent en évidence certains médecins et patients (45), et ce que nous pouvons constater en visualisant la carte mise à disposition par l'association AIDES répertoriant les lieux habilités à prescrire la PrEP au début de l'année 2022 (53). Persistent de nombreuses zones blanches, notamment rurales, dont fait partie l'Orne. De plus, les créneaux de rendez-vous peuvent être assez limités, comme constaté au CeGIDD d'Alençon, ouvert sur des plages horaires restreintes, difficilement accessibles à des actifs. C'est là que prend tout son sens l'élargissement de la prescription de la PrEP par les médecins généralistes, dont le maillage territorial est bien plus fin et les plages horaires bien plus larges permettant l'accès au plus grand nombre.

Les médecins interviewés pensent par ailleurs que **les patients pourraient ressentir de la défiance** à évoquer ce sujet avec leur médecin traitant, de peur de l'intrusion dans leur vie privée ou d'être jugés. Ce sentiment des médecins est confirmé par l'enquête collective « Normalisation de la PrEP, confiance et modernisme » (45) où les patients évoquent leur crainte de se sentir stigmatisés ou jugés moralement par leur médecin traitant. Aussi, tout comme certains médecins de notre étude le supposent, les patients ressentent le manque de formation des généralistes concernant la PrEP.

Ensuite, la plupart des médecins que nous avons interrogés avaient des **inquiétudes pharmacologiques**, avec des doutes concernant l'efficacité du traitement, notamment du fait du manque de recul, et des interrogations concernant les effets secondaires, interactions, etc. Certains redoutent également le manque de sérieux de certains patients pouvant entraîner une **négligence d'observance**.

L'étude ANRS Prévenir (21) apporte quelques éléments de réponses. Sur plus de trois mille participants, seules six infections au VIH ont été rapportées, chez des hommes ayant interrompu la PrEP. Il est retrouvé un usage correct de la PrEP à 97,5%. En outre, la tolérance est bonne, aucune toxicité rénale n'a été mise en évidence, et seulement trois participants ont dû interrompre la PrEP à cause de troubles digestifs (nausées, diarrhées). Ces résultats montrent que les effets secondaires sont très peu fréquents, sans gravité. Le rapport bénéfice-risque de la PrEP est favorable à son utilisation, contrairement à ce que pensent quelques médecins de notre étude qui y voyaient une balance défavorable en comparaison avec le préservatif. De même, l'observance et l'adhésion à la PrEP apparaissent correctes après trois années de suivi, les patients faisant la démarche de prendre la PrEP étant particulièrement motivés. Ces données doivent rassurer les futurs prescripteurs.

Enfin, des **limites sociétales** ont été évoquées, de manière un peu moins prépondérante. Un médecin de notre étude soulève le fait de désacraliser la santé pour en faire un objet de consommation : la PrEP ne serait-elle pas un moyen de légitimer la prise de risques sexuels par la médecine, c'est-à-dire de consommer un médicament qui permettrait un comportement sexuel débridé délibérément ? Il se demande si la collectivité doit assumer ce coût, le traitement étant totalement pris en charge par la sécurité sociale. Seuls quelques médecins l'ont évoqué dans l'étude, il semble donc que ce ne soit qu'un frein mineur, mais partagé dans d'autres études (41,42,45). Comme l'explique R. Bertrand (42) dans son travail, le coût de la PrEP est à mettre en balance avec des moyens de prévention moins onéreux, comme le préservatif. Cependant nous savons que son utilisation décroît et qu'elle ne suffit actuellement plus à la lutte contre le VIH. De plus, comme le montre une étude anglaise (54), le rapport coût-efficacité de la PrEP est bon, la PrEP et le suivi associé restent moins onéreux que le traitement à vie d'une personne séropositive.

Finalement, la comparaison de ces données avec la littérature nous amène à nous demander si toutes ces craintes sont réellement justifiées. Il semble qu'une formation permettrait de passer outre un certain nombre de freins en apportant des éclaircissements aux médecins généralistes.

3. La sexualité au cœur de la prise en charge PrEP

a. Des médecins généralistes peu à l'aise avec les sujets de santé sexuelle

Même si la majorité des médecins généralistes disent aborder la sexualité, il ressort des entretiens qu'en parler est globalement inconfortable. Quelques rares médecins l'abordent sans difficulté alors que pour les autres le sujet n'est pas spontané, certains n'osant pas l'aborder et d'autres estimant que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste. Ces résultats corroborent avec les études françaises (29,31,33,42,55) et étrangères (56) sur ce sujet : la santé sexuelle est peu souvent et difficilement abordée par les médecins généralistes.

En effet, prenons pour exemple une étude par entretien semi-dirigé auprès de généralistes australiens (56) : généralement, les médecins généralistes avaient des attitudes favorables à la gestion de la santé sexuelle de leurs patients, mais ne considéraient pas toujours qu'il était de leur responsabilité d'engager cette discussion. Cependant, si nous nous intéressons au point de vue des patients (46,55), ceux-ci estiment que la sexualité est un élément de consultation qui devrait être abordé plus systématiquement par le médecin traitant.

Notre étude montre qu'au-delà de dépendre du médecin généraliste, la difficulté est aussi souvent thème dépendante. Parmi les sujets périlleux à évoquer, nous retrouvons l'orientation sexuelle, la prise de risques, dont notamment le chemsex, par ailleurs peu connu des médecins comme le montre une étude auprès des médecins généralistes parisiens (57) qui a mis en évidence des connaissances insuffisantes à ce sujet. Le vécu de la sexualité n'est lui quasiment jamais évoqué. En parler est une affaire taboue, particulièrement quand cette sexualité est jugée déviante : homosexuelle, à plusieurs, avec l'utilisation de drogues ou tarifée (45). Ces raisons peuvent donc expliquer la difficulté des médecins généralistes à identifier les populations à risque au sein de leur patientèle.

En revanche, le thème des IST dans son ensemble (prévention, dépistage, traitement) ne semble en général pas poser de problème aux participants, qui estiment en connaître les modalités, et si ce n'est pas le cas, avoir les ressources nécessaires. Ils pensent également proposer assez facilement des dépistages. C'est ce que révèle l'étude australienne (56). Cependant, elle souligne le fait que certains patients, notamment les jeunes hommes qui ont en général peu d'interactions médicales, peuvent passer au travers de cette prévention. Par conséquent, et au regard des difficultés à introduire la santé sexuelle en consultation, les généralistes ne sont peut-être pas si à l'aise avec ce sujet et une part de la population à risques d'IST échappe certainement au dépistage.

b. Les facteurs humains influençant l'abord de la sexualité

Nous avons identifié un certain nombre de facteurs influençant l'abord de la sexualité par les médecins. Ils assimilent notamment des caractéristiques relevant du patient, plus particulièrement son genre, son âge, son caractère connu ou non dans sa patientèle, pouvant influencer leur réaction et leur façon d'initier certains thèmes. Ces facteurs semblent liés aux représentations des médecins généralistes et à l'image que leurs renvoient les patients, et sont déterminants dans la prise en charge en santé sexuelle (58).

Dans leur étude sur les difficultés à aborder la sexualité en médecine générale (59), N. Bellaton et A. Chambost mettent justement en évidence le rôle de ces caractéristiques. La différence de sexe était une des difficultés les plus citées (par exemple un médecin homme et une patiente femme), il semblerait donc plus aisé de parler de sexualité entre deux personnes du même genre. Il est notamment montré que plus le patient est âgé, plus le médecin a des difficultés à aborder le sujet, considérant que la sexualité est peu investie dans cette catégorie de patients. Par ailleurs, d'après leur étude, la proximité entre le médecin et le patient est également à prendre en compte, l'abord de la sexualité pouvant engendrer une gêne, donc une certaine retenue du médecin qui ne souhaite pas s'immiscer dans l'intimité du patient.

Mais le fait que le praticien garde une certaine distance avec sa patientèle peut également être un moyen de prévenir une intrusion dans sa propre intimité, probablement pour garantir l'objectivité que requiert leur pratique. Certains participants ont ainsi avoué ne pas se sentir aptes à accueillir certaines confessions de patients, s'expliquant par la pénibilité que peuvent représenter certains thèmes.

De même, nous pouvons avancer que ces caractéristiques se rattachent à la notion de relation médecin-patient évoquée par de nombreux médecins interrogés dans notre étude. Pour aborder la sexualité, les médecins ont mis l'accent sur la notion de confiance dont nécessitent les patients pour se sentir libres de parole et ainsi oser révéler de leur intimité (30,42). Ils ont également insisté sur la nécessité d'ouverture d'esprit du médecin et sa capacité d'écoute, indispensables au patient pour se dévoiler plus aisément. D'après l'étude de N. Bellaton et A. Chambost (59), la relation médecin-patient serait un mélange de confiance, de communication, d'écoute et d'empathie. Une relation de qualité permettrait de favoriser le rôle d'éducation, de prévention, de dépistage et renforcerait l'adhésion du patient à la prise en charge proposée. Ces conclusions concordent avec les idées recueillies dans notre étude.

La relation qui s'installe au sein de la consultation peut finalement s'assimiler à un effet miroir comme l'a noté un participant, l'aisance de l'un faisant l'aisance de l'autre. Dans leur étude, A. Zeler et C. Troadec (55) corroborent cette idée et ouvrent la discussion : aborder la sexualité est également une opportunité pour remettre de l'intime dans le colloque singulier que représente la relation médecin-patient, dans une société où le médecin généraliste a tendance à être considéré de plus en plus comme un simple technicien qui s'occuperait uniquement de prescrire et non plus d'être à l'écoute des gens. Ainsi, le sentiment d'intrusion que vivent certains médecins pourrait finalement enrichir leur relation avec le patient.

c. Un frein à la diffusion de la PrEP

Le corollaire de la difficulté à aborder la santé sexuelle est qu'elle est peu évoquée spontanément par les médecins Ornais, comme dans d'autres études (30,56,59). Ils ne sont en général pas prêts à parler de sexualité en consultation si le motif initial ne s'y prête pas et nécessitent majoritairement une ouverture pour l'aborder, ce qui réduit les possibilités. Pourtant ils ont relevé plusieurs portes d'entrée possibles : la sphère gynécologique, la vaccination, les troubles de la libido, la dépression, les lésions dermatologiques, ou encore la première consultation qui permet de l'aborder assez naturellement parmi le recueil des antécédents et du mode de vie. Ces prétextes sont partagés par d'autres médecins (30,59).

Aussi, d'après les médecins, peu de patients l'abordent d'eux-mêmes, ce qui peut s'expliquer par le fait que le patient attend du médecin qu'il entame le sujet systématiquement, comme le suggère une étude menée dans le Languedoc-Roussillon (55). Par ailleurs, certains outils peuvent encourager à aborder la sexualité, comme la mise à disposition de préservatifs sur le bureau du médecin (30).

Finalement, au-delà des ressources classiques, documentaires ou spécialistes (urologue, gynécologue, infectiologue, etc.), qui restent globalement accessibles si nous faisons abstraction des délais et distances, les médecins semblent manquer de ressources en santé sexuelle, parce qu'ils connaissent peu les réseaux et structures référents, tels que le CeGIDD. Ce constat ne semble pas concerner que les médecins Ornais, le CeGIDD est en effet peu cité comme ressource dans les autres études (29,30,42).

Donc, comme le relèvent les participants, la santé sexuelle est sous-abordée en consultations, les sujets les mettant en difficulté et ne trouvant parfois pas de solution. Elle met en jeu des facteurs humains et relationnels. Ces raisons peuvent constituer une entrave majeure à la diffusion de la PrEP. Cependant, bien que la littérature abonde dans ce sens, des solutions ont néanmoins été envisagées.

4. Vers une meilleure appréhension de la PrEP

a. Attitude du médecin généraliste

Les participants ont énoncé plusieurs propositions essentielles d'attitudes à adopter pour bien appréhender ce sujet sensible. Nous ne reviendrons pas sur les principes de la relation médecin-patient discutés ci-dessus. Ils ont en outre insisté sur l'importance de mettre leurs représentations de côté afin de ne pas porter de jugement envers le patient, ce qui empêcherait tout d'abord d'identifier une personne à risques, puis pourrait entraîner une stigmatisation et de la défiance.

Aborder de manière systématique la question des partenaires et de l'orientation sexuelle, s'adapter à chaque patient, par exemple en vérifiant ses acquis en santé sexuelle pour mieux cibler les thèmes de prévention à évoquer, et savoir se remettre en question ainsi que sa pratique ont été cités à plusieurs reprises dans notre travail. Une étude publiée en 2020 dans la revue *Exercer* (58) s'est justement penchée sur la manière dont les médecins généralistes s'intéressent à l'orientation sexuelle en consultation et aux stratégies pouvant être mises en place afin d'en faciliter l'abord en soins primaires, sans paraître dans le jugement. Les médecins interrogés évoquaient également les représentations qu'ils ont de leurs patients. Finalement, une question type, simple, est proposée « Avez-vous un, une, ou des partenaires ? », mettant ainsi en jeu les compétences d'écoute et de communication du généraliste, essentielles pour assurer un accompagnement adapté, global et centré sur le patient. Cette ouverture permettrait une meilleure appréhension de la santé sexuelle et par extension de la PrEP.

Par ailleurs, quelques médecins ont proposé d'organiser une consultation plus longue lorsque la PrEP pouvait être envisagée. En effet, cette prescription ne peut pas ne pas s'accompagner de conseils, chronophages, en matière de prévention en santé sexuelle. Cette proposition a déjà été en partie discutée précédemment et les médecins s'accordent sur cette idée, cependant la question du manque de temps des praticiens en soins premiers se pose pour mettre en place une telle mesure, et indirectement la question de la place et de la valeur accordées à la prévention en France actuellement. Contrairement aux pays anglophones et scandinaves, la France accuse un retard important en termes de politiques de prévention et de promotion de la santé de manière globale (60). Pour ne citer qu'un exemple, en Australie, le Royal Australian College of General Practitioners publie depuis 1989 un livre mis à jour régulièrement regroupant les recommandations de prévention en médecine générale, pour soutenir les activités de prévention fondée sur des preuves en soins primaires, qui sont considérées comme centrales dans leur exercice (61). Or, cela ne relève plus de l'attitude du médecin, mais serait plutôt une piste à explorer par les politiques de santé publique dans le but de favoriser l'attitude préventive du médecin généraliste, tout comme la question de la rémunération évoquée dans l'étude de R. Bertrand (42).

b. Formation du médecin généraliste

Les médecins percevaient la formation comme indispensable à une bonne appréhension de la PrEP. Lors des entretiens, leur enthousiasme était tangible et plusieurs arguments sont mis en avant pour appuyer la pertinence d'une telle formation. La littérature abonde une nouvelle fois dans ce sens (29,33), bien que le temps de formation puisse paraître conséquent pour un effectif de patients faible dans leur patientèle (42).

Au-delà des connaissances apportées, elle permettrait d'améliorer la qualité de prise en charge des patients, mais également pour certains médecins de gagner en confiance, ce qui entraînerait une meilleure crédibilité auprès des patients. D'après l'étude d'A. Hours (29), la formation permettrait de lutter contre un sentiment de vulnérabilité des médecins face à leur manque de connaissances, donc une mise en confiance, dans l'intérêt global du patient.

5. Comment mieux la prescrire et la diffuser ?

a. Les attentes du médecin généraliste à propos d'une formation

Concernant le contenu de la formation, les médecins s'accordent sur l'importance de présenter les modalités de prescription : du repérage des patients à risques, aux modalités de primo-prescription et suivi du traitement, en passant par une formation élargie aux thèmes de santé sexuelle les plus abordés en lien avec la prescription de PrEP, et la volonté d'apprendre à déconstruire leurs préjugés. Ces attentes font écho aux inquiétudes rencontrées par les généralistes. Cependant, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée aux attentes précises des médecins à propos d'une formation sur la PrEP.

Concernant le format, de nombreux critères font l'unanimité. Les médecins souhaitent une formation synthétique, pratique, non chronophage, plutôt interactive, présentée par un spécialiste référent dans le domaine, joignable en cas de nécessité, et associée à une trace écrite à laquelle se référer facilement en consultation, tel un protocole. C'est également ce qui a été identifié dans le travail d'A. Hours (29).

Certains médecins ont proposé des cas cliniques et des questions au préalable de la formation afin de préparer le sujet. La notion d'indépendance aux laboratoires pharmaceutiques a été énoncée par un médecin. Dans les études citées précédemment, ces thèmes n'ont pas été abordés.

En revanche, les médecins n'étaient pas en accord concernant la forme en présentiel ou en visioconférence, ainsi que concernant le moment et la durée de la formation. Ces désaccords peuvent facilement être contournés puisqu'une formation en présentiel peut aisément être diffusée en visioconférence pour contenter chacun. Aussi, ce format mixte permettrait de contourner certaines contraintes des formations proposées en soirée, soulignées par un médecin, notamment le fait de devoir se déplacer dans l'obscurité, de parcourir de longues distances. Quant aux médecins qui expliquent préférer les formations en ligne pour être libres d'y assister à tout moment, ceci est désormais possible grâce à la plateforme Formaprep (26).

Par ailleurs, si l'on se réfère à Formaprep, la durée totale est de quatre heures pour une formation très complète incluant une importante partie d'épidémiologie, d'historique, de témoignages. Il est probable de pouvoir réduire cette durée en proposant une formation plus concise qui cible les connaissances importantes et indispensables au bon usage de cette prophylaxie, afin d'adhérer à la dimension temporelle des médecins généralistes.

b. Favoriser sa diffusion

Tout d'abord pour favoriser sa diffusion auprès du grand public, des participants ont proposé de lancer des campagnes de promotion nationale, à travers les médias par exemple, pour mettre à jour l'existence de cette prophylaxie auprès du plus grand nombre. Des campagnes d'affichage dans les salles d'attente des cabinets ou des réunions auprès des patients intéressés sont également des idées qui ont été soumises.

L'association AIDES (62) a déjà mis en place une campagne nationale d'information et de promotion de la PrEP en 2018, qui était destinée au grand public dans le but de cibler les populations clés. Ces affiches ont été visibles dans plusieurs grandes villes ainsi que dans la presse et sur les réseaux sociaux. Aussi, suite à la réponse rapide de la HAS concernant l'élargissement de prescription de la PrEP en 2021, cette information avait également été relayée par certains médias adressés au grand public (63,64). Il semble que ces informations ne soient pas toujours parvenues jusqu'aux médecins et aux patients. Il serait intéressant d'étudier l'impact de ces modes de diffusion, qui s'intègrent dans la stratégie de prévention.

Nous n'avons en revanche trouvé aucune trace dans la littérature de réunions qui seraient organisées auprès de plusieurs patients pour promouvoir l'usage de la PrEP.

En ce qui concerne la diffusion aux médecins généralistes, comme évoqué précédemment, la HAS et les revues de médecine générale se sont déjà emparées du sujet, mais il semble que l'information n'ait atteint qu'une partie d'entre eux. La création d'une newsletter ciblée par les autorités de santé sur les nouveautés importantes à connaître par les médecins généralistes est une autre proposition qui peut être faite (30), à condition de ne pas les asphyxier par la masse d'information.

Par ailleurs, la diffusion auprès des patients en consultation passe par le repérage des patients à risques et la manière d'aborder le délicat sujet de la santé sexuelle, comme détaillé ci-dessus. Un médecin a particulièrement insisté sur l'importance de saisir l'instant opportun, c'est-à-dire de choisir le moment où l'acte aura l'impact le plus bénéfique sur le patient. Evoqué également par d'autres médecins (30), ce concept du Kairos grec semble indispensable pour faire passer des informations en prévention.

D. Résultats inattendus

La comparaison des données à la littérature nous a permis de constater que le vécu des médecins généralistes de l'Orne concorde globalement avec le vécu d'autres médecins en France et à l'étranger, mais aussi d'émettre des hypothèses dans le but d'expliquer certaines réactions. Cependant, quelques résultats nous ont interpellés, et certains thèmes n'ont pas été abordés par les participants lors de nos entretiens.

1. Similarité entre zone rurale et zone urbaine

A notre grand étonnement, les résultats de notre étude, qui s'est déroulée dans un département considéré comme rural, auprès de médecins généralistes exerçant en majorité dans des zones rurales ou semi-rurales, ne montre pas de réelle différence avec les études menées dans des régions considérées comme urbaines (33), telles que la métropole niçoise (41), la Seine-Saint-Denis (35), la ville de Montpellier (29). Les médecins généralistes ont globalement le même vécu vis-à-vis de la PrEP.

En revanche, il semblerait que le vécu de médecins allemands diffère (44), certains énoncent en effet que l'environnement stigmatisant et le manque de soins adaptés pour les LGBT poseraient problème dans les soins de santé sexuelle en milieu rural. Cette question mériterait certainement d'être approfondie par d'autres études pour affirmer ou infirmer notre ressenti, et éventuellement permettre, en s'attardant sur les facteurs incriminés, d'améliorer la stratégie de diffusion de la PrEP dans les populations à risques qui passeraient inaperçues.

2. Evolution de l'évaluation d'un vécu vers des solutions pour mieux appréhender et diffuser la PrEP

Initialement, l'objectif de notre étude était de recueillir le vécu des médecins généralistes concernant la PrEP. Or quelques médecins se sont trouvés avec un vécu limité à ce sujet et parfois une absence de connaissances sur l'existence du traitement. Ils ont par ailleurs soulevé de nombreux freins à son appropriation par les généralistes. Ce vécu les a spontanément amenés à envisager des solutions dans l'intention de mieux appréhender et diffuser la PrEP.

Lors de l'élaboration du guide d'entretien, nous avons anticipé la possibilité d'une formation dans l'optique du manque de connaissances sur les modalités de prescription du traitement, mais finalement nous n'avons pas encore pleinement conscience des autres freins soulevés. Ainsi nous avons été étonnés lors de l'analyse des données de l'ampleur de ces thèmes et bien qu'ils ne répondent pas totalement à notre problématique sur le vécu, nous ne pouvions les masquer, car ils découlent finalement de ce travail. C'est pourquoi, ils prennent une telle importance au sein de notre étude.

3. Evolution lente de la prise en main de la PrEP en soins premiers

La PrEP a l'AMM en France depuis 2016. Bien que les médecins généralistes soient autorisés à effectuer le suivi de ce traitement depuis sa mise sur le marché, la comparaison de nos résultats avec la littérature montre qu'il y a eu peu d'évolution de leurs connaissances en plus de cinq ans. La proportion de prescription de PrEP en soins premiers est encore faible, bien que le traitement semble avoir profité d'une diffusion auprès des patients et des médecins. Nous sommes donc en mesure de nous demander si les moyens de communication sont adaptés aux populations cibles, patients comme médecins.

En ce qui concerne les médecins, l'argument temporel peut expliquer ce manque d'implication. Ils éprouvent des difficultés à suivre l'évolution constante des connaissances en médecine générale, limités par sa diversité et la surcharge de travail à laquelle ils sont confrontés. Ajouté à la faible proportion de patients concernés dans leur patientèle, la PrEP n'apparaît pas comme une priorité. Ainsi, et comme l'ont évoqué quelques médecins, il n'est pas certain qu'une formation modifierait leurs habitudes en pratique.

4. A propos de la formation

Les médecins s'accordent sur le manque de formation concernant la PrEP et semblent intéressés pour y être formés. Cependant aucune étude ne s'est réellement intéressée à leurs attentes précises sur le fond et la forme de la formation. Dans notre étude, les participants ont une vision plutôt commune du type de formation qu'ils souhaiteraient suivre. Par ailleurs, bien qu'il existe une formation en ligne accessible à tous et que le e-learning ait montré une amélioration significative des connaissances sur la PrEP dans une étude (65), seule une minorité d'entre eux paraît enthousiaste vis-à-vis de ce format. La majorité est attirée par une formation par un spécialiste, en présentiel, interactive et orientée vers la pratique, ce qui ne semble globalement par leur être proposé, à en croire nos résultats et les données de la littérature. Ainsi il pourrait être intéressant de proposer une formation de ce type aux médecins Ornaïsi qui le souhaitent, puis d'évaluer l'évolution de leur vécu à propos de la PrEP et de leur appropriation de ce traitement avant et après cette formation.

De plus, un thème de formation a particulièrement attiré notre attention. Comme montré dans plusieurs études, les médecins ont conscience du fort impact de leurs préjugés sur la prise en charge des patients, et particulièrement en ce qui concerne la PrEP. Cependant, dans aucune d'entre elles, les médecins n'évoquent l'idée d'une formation pour apprendre à déconstruire leurs préjugés, contrairement à certains médecins de notre étude qui l'ont exprimé très clairement, en admettant qu'ils n'ont parfois même pas conscience de certains. Cette piste semble donc à explorer pour permettre notamment une meilleure identification de la population clé et améliorer sa prise en charge.

5. La différence de ressenti entre le médecin et le patient

Pour finir, nous avons constaté en comparant nos résultats à la littérature que concernant certains sujets, le vécu exprimé par les médecins généralistes diffère de celui des patients, notamment en ce qui concerne l'abord de la sexualité. Il semblerait donc particulièrement intéressant d'approfondir le vécu des patients en soins premiers, car ce sont finalement les principaux concernés.

6. Thèmes non évoqués par les participants

Ces thèmes paraissent sans doute plus anecdotiques, mais ils nous ont tout de même interpellés par les explications qu'ils peuvent apporter.

Aucun participant n'a évoqué le risque de résistances aux antirétroviraux en cas de prescription ou d'observance inappropriées du traitement, comme cela a pu l'être dans d'autres études (19,30). L'hypothèse du manque de connaissances à propos du traitement pourrait l'expliquer ou alors le fait que ce critère ne soit pas prioritaire pour les praticiens dans la balance bénéfice-risque du traitement.

Même si les médecins abordent bien le manque de temps, la multiplicité des messages à aborder, le motif de consultation inadapté comme entrave pour parler de sexualité, à aucun moment ils n'ont évoqué la priorisation actuelle du curatif dans la profession, qui semble attribuer une place secondaire au travail de prévention du médecin généraliste (30).

Finalement, la crise sanitaire liée à la COVID-19 n'est jamais intervenue dans nos entretiens. Or, comme le montre le rapport de l'étude EPI-PHARE 2020 (25), elle aurait eu un impact important sur les instaurations et les délivrances du traitement, ce qui a d'ailleurs précipité l'élargissement de la prescription de PrEP par tout médecin. Les médecins généralistes étant accaparés par la pandémie et le flux d'informations associé, nous pouvons supposer qu'ils n'aient pas suivi l'actualité concernant la PrEP, ce qui pourrait expliquer une faible évolution de leurs connaissances ces deux dernières années, malgré la diffusion de nouvelles prérogatives.

E. Analyse croisée des données

1. Une opinion générale favorable

L'opinion générale des médecins généralistes interviewés dans le département de l'Orne est globalement favorable à la PrEP, ce qui concorde avec les données de la littérature. Une majorité de médecins ont paru enthousiasmés par cette prophylaxie qui apporterait de nombreux bénéfices pour la société, pour leurs patients, et dans leur pratique. Cela aboutit de manière générale à une intention de prescrire la PrEP, sous certaines conditions.

Les médecins généralistes ont conscience que ce traitement répond à un besoin actuel. Les objectifs de diminution des contaminations du VIH peinent à être atteints à tous niveaux comme nous l'avons vu. En termes de santé publique, la PrEP apparaît comme un outil révolutionnaire et plein d'espoir dans la lutte contre le VIH. C'est un moyen supplémentaire de protection, qui doit cependant rester combiné au préservatif. Au-delà de la diminution des contaminations, les médecins y voient de nombreux avantages pour les patients vulnérables au VIH, notamment l'apport d'une sérénité d'esprit, d'une diminution des stigmatisations liée à l'image que véhicule le VIH, permettant une amélioration de leur bien-être et une baisse de l'anxiété liée à leur sexualité. Même si ce point de vue est discuté, la PrEP permettrait aux patients de responsabiliser leur sexualité.

Bien que le traitement et ses modalités de prescription soient encore peu connus, notre étude montre que les médecins lui ont accordé plusieurs atouts, notamment le fait d'avoir le choix entre deux schémas de prise qui permet de s'adapter au mieux aux pratiques sexuelles du patient, la prise en charge financière par la sécurité sociale qui permet l'accès au traitement pour tous, la mise en place d'un suivi régulier tous les trois mois qui permet à une tranche de la population d'accéder à des soins médicaux plus fréquents et la possibilité de prodiguer des conseils, indissociables à la prescription de PrEP.

La possibilité, maintenant, de pouvoir l'initier par tout médecin va permettre un accès facilité au traitement par les patients, qui seront beaucoup moins contraints par la disponibilité, le délai et la distance pour accéder aux spécialistes.

Pour certains médecins généralistes, la PrEP s'intégrerait dans une prise en charge globale du patient, lui permettant d'accéder à un bien-être physique, psychique et sexuel. Elle met la prévention au cœur de la médecine de premier recours et ouvre la voie à l'abord de certains thèmes médicaux, plus particulièrement la sexualité.

Finalement, une majorité de médecins se projettent et seraient prêts à utiliser la PrEP, parfois sous certaines conditions.

2. Entraves à son utilisation

Bien que les médecins semblent accueillir de manière enthousiaste cette prophylaxie, son utilisation ne semble pas encore évidente pour bon nombre d'entre eux. Plusieurs freins semblent entraver sa prise en main, dont certains ne semblent pas toujours en adéquation avec la réalité de la PrEP. Par ailleurs, la problématique de la sexualité occupe une place prépondérante dans l'appréhension de la PrEP par les généralistes.

a. Des freins surmontables

Le manque d'information concernant ce traitement paraît être la difficulté principale. Le fait qu'une majorité de médecins ne semblent pas informés de son existence limite indéniablement sa diffusion dans les populations cibles. A partir de ce constat, les questions du manque de formation, du manque d'expérience et des autres contraintes à l'utilisation de la PrEP ne se posent même pas.

La question est de savoir pourquoi les généralistes n'ont pas eu connaissance de l'existence de ce traitement. La responsabilité leur incombe-t-elle ? Il est vrai que les médecins ont une obligation de

formation continue tout au long de leur carrière, mais n'est-il pas du ressort des autorités sanitaires de diffuser les informations auprès des personnes concernées, surtout quand celles-ci ont un intérêt préventif prouvé et une balance bénéfico-risque favorable ? Une avancée a été faite récemment avec la diffusion d'une réponse rapide de la HAS lors de l'élargissement de la primo-prescription à tout médecin, mais cela semble insuffisamment efficace au regard des résultats de notre étude, dont les entretiens ont été effectués en majorité après ces annonces. La réponse est probablement à chercher ailleurs, certainement dans la diversité du métier et le manque de temps. En outre, la crise sanitaire à COVID-19 pourrait être une des explications, car elle a dominé le paysage médical ces deux dernières années, limitant le suivi des autres actualités médicales.

Ensuite, le manque de connaissances concernant les modalités du traitement et les aspects pharmacologiques de la PrEP entraîne des inquiétudes pour de nombreux médecins, concernant principalement l'efficacité, la tolérance et l'observance. Mais il semble qu'au regard des connaissances actuelles, celles-ci ne semblent pas justifiées en cas d'indication bien posée et de suivi effectué dans les règles de l'art.

Par ailleurs, bien que pour certains le coût soit une limite, il semble que le rapport coût-efficacité de la PrEP soit bon, la PrEP et le suivi associé restent moins onéreux que le traitement à vie d'une personne séropositive.

Finalement, ces freins semblent surmontables en améliorant la diffusion de l'information et en formant les médecins de premier recours.

b. Des freins plus difficiles à contourner

L'idéologie bien ancrée de nombreux médecins selon laquelle le préservatif est l'unique moyen efficace de lutte contre l'épidémie de VIH est difficile à vaincre. Elle semble concerner principalement des médecins qui prodiguent cette prévention depuis des décennies et la perçoivent comme une prévention collective qui protège non seulement le patient, mais également ses partenaires, non seulement du VIH mais aussi des autres IST.

Ces courants de pensée amènent plusieurs médecins à imaginer la PrEP comme contradictoire car elle entraînerait une déresponsabilisation du patient, avec une banalisation des risques, qui s'exprimerait par une diminution de l'usage du préservatif, et par conséquent une recrudescence des IST. L'idée que ce traitement participerait à une désacralisation de la santé pour en faire un objet de consommation, tout en légitimant les comportements débridés, est même avancée. Bien que plusieurs études n'aillent pas dans ce sens, en démontrant que la baisse de l'usage du préservatif et l'augmentation des IST seraient antérieurs à l'introduction de la PrEP et probablement expliquées par

d'autres facteurs et, bien que le suivi associé aux dépistages réguliers des patients sous PrEP soit une réponse à cette inquiétude, il semble que ce sujet complique la prise en main de la PrEP. Il faudra probablement du recul et des preuves plus solides pour faire évoluer ces mentalités.

En outre, le manque de temps des médecins généralistes semble limiter grandement leur utilisation de la PrEP. Il peut s'expliquer par la surcharge de travail et la diversité de l'exercice qui rend impossible la formation dans tous les domaines, notamment ceux auxquels ils sont peu confrontés, qui n'apparaissent alors pas prioritaires. Le fait que les médecins ne soient pas informés de l'existence de la PrEP peut certainement s'expliquer par ce manque de temps, limitant leur accès à toutes les nouveautés en lien avec leur exercice.

Ils ont par ailleurs conscience que la PrEP ne s'adresse pas à n'importe quel patient et de la nécessité absolue d'accompagner la prescription de conseils, sans quoi sa pertinence serait remise en cause. La PrEP est perçue comme un bon outil de prévention à condition que le patient soit éduqué à bien l'utiliser et actif dans sa démarche de soins. Ils savent que le counseling est chronophage et nécessite des compétences pour aborder la sexualité. Or il semble que la France accuse un retard en termes de politiques de prévention et que celle-ci soit peu valorisée.

c. La question de la sexualité

Que la PrEP soit indissociable de la sexualité ne facilite pas la tâche aux médecins généralistes pour qui ce sujet délicat entrave son approche. En effet, si la question de la santé sexuelle n'est pas abordée, il devient presque impossible de connaître la population à risques et d'offrir une prise en charge de qualité autour de la PrEP.

Or il ressort que pour la plupart des médecins, aborder les questions de sexualité est associé à un vécu difficile, notamment l'orientation sexuelle et la prise de risques, qui renvoient souvent à des pratiques sexuelles jugées déviantes. Peuvent s'y ajouter les préjugés du médecin qui se fait une image du patient autre que la réalité. Ces situations rendent difficile l'identification des populations à risques de VIH.

Par conséquent, si le motif de consultation ne s'y prête pas, la sexualité est rarement abordée spontanément par les médecins généralistes. Ils nécessitent la plupart du temps une perche tendue par le patient pour entamer la discussion.

Le sujet est donc considéré comme tabou. Les médecins éprouvent une gêne, de la pudeur à l'aborder, et pour certains estiment que ce n'est pas de leur responsabilité. Ils craignent que l'abord de ce sujet entraîne de la défiance chez leurs patients du fait de l'intrusion dans leur intimité. Mais ne serait-ce

pas plutôt un moyen inconscient d'éviter une intrusion dans leur propre intimité, d'éviter d'affronter leurs propres représentations ? Il semble en effet que les patients aimeraient que le médecin aborde ce sujet plus systématiquement.

De nombreux facteurs influent finalement l'abord de la sexualité, les caractéristiques du patient vont inciter ou non le médecin mais également le patient à initier le sujet, que cela soit l'âge, le genre ou le lien relationnel. Ces caractéristiques font référence à la notion de relation médecin-patient et s'appuient sur la confiance, la communication, l'écoute, l'ouverture d'esprit et l'empathie qui doivent régner au sein du colloque singulier entre le médecin et le patient pour aborder le délicat thème de la sexualité. Une relation de qualité favorise en effet la prévention.

3. Des pistes de réflexion

Finalement, notre étude a évalué le vécu des médecins généralistes de l'Orne concernant la PrEP. A l'évocation des obstacles à l'utilisation de cette prophylaxie, ils ont spontanément proposé des solutions. Nous ne pouvons pas parler de faits avérés ou démontrés, mais cela nous amène à quelques pistes de réflexion dans le but de mieux appréhender en soins primaires ce traitement qui semble prometteur.

a. La diffusion

Parmi les solutions de diffusion destinées au grand public, les médecins ont suggéré que des campagnes médiatiques soient mises en place. Des campagnes de l'association AIDES ayant déjà été effectuées auprès des populations clés, il paraîtrait judicieux d'étendre leur diffusion à tout le territoire afin de sensibiliser le plus grand nombre. En pratique, des affiches pourraient être disposées dans les salles d'attente des médecins.

Parmi les solutions de diffusion destinées aux médecins généralistes, la presse médicale et la formation continue ont été citées à plusieurs reprises. Il semble néanmoins que ces méthodes n'aient pas fait preuve d'efficacité au regard du manque d'information actuel des médecins généralistes à ce sujet.

Il pourrait également être proposé une communication par mails, telle qu'une newsletter, provenant d'une autorité sanitaire, informant les médecins généralistes des nouvelles prérogatives médicales à prendre en compte dans leur exercice, à condition que cela soit utilisé avec parcimonie. Il ne s'agirait pas de noyer les médecins dans le flux d'informations déjà conséquent, ce qui pourrait être contre-productif.

Par ailleurs, la PrEP ayant intégré l'arsenal pour combattre le VIH, la future génération de médecins devrait être mieux armée par la diffusion de cet outil pendant leur formation.

Finalement, la question de la place de la prévention en France, bien qu'elle n'ait pas été directement abordée par les participants de l'étude, peut également se poser, à travers des politiques à destination du grand public, mais aussi dans la consultation de médecine générale. Dans un intérêt de santé publique, une communication adaptée permettrait de mener une meilleure politique de prévention.

b. La formation

Bien que certaines limites ne semblent pas contournables par une formation, une majorité des médecins y semble favorable. Ils trouvent pertinent d'approfondir leurs compétences pour être plus à l'aise et aborder ce sujet plus fréquemment. Une formation permettrait de lutter contre le sentiment de vulnérabilité qui les envahit face à un manque de connaissances et leur ferait gagner en confiance et en crédibilité, dans un intérêt global de meilleure prise en charge du patient.

Le contenu de la formation devrait être focalisé sur le repérage des patients à risques, les modalités du traitement (modes de prise, efficacité, tolérance) et du suivi, les thèmes de santé sexuelle les plus fréquemment abordés, et pour certains médecins, devrait proposer des solutions pour apprendre à déconstruire leurs préjugés.

En termes de format, les médecins souhaitent majoritairement une formation synthétique, pratique, non chronophage, plutôt interactive, présentée par un spécialiste référent dans le domaine, associée à une trace écrite à laquelle se référer facilement en consultation, tel un protocole.

D'autres possibilités ont également été évoquées pour permettre à chacun d'y trouver son compte : notamment la formation en ligne sur la plateforme Formaprep, la mise en place de visioconférences ou de ressources documentaires, pour pallier à certaines contraintes.

c. L'attitude du médecin généraliste

Les médecins généralistes s'accordent sur la nécessité de faire abstraction de leur jugement personnel et de savoir remettre en question leur pratique. L'absence de préjugé envers le patient, une position neutre, ouverte et d'écoute permet d'instaurer un climat adéquat, de confiance et d'échanges, autour de la sexualité, et ainsi de mieux identifier les patients à risque de VIH. En tant que premiers recours, les médecins sont conscients de devoir répondre sans jugement aux problématiques de leurs patients pour représenter un soutien de proximité qu'ils n'ont pas peur de solliciter.

Aussi, certains outils peuvent encourager à aborder la sexualité, comme la mise à disposition de préservatifs sur le bureau de consultation.

Le repérage des patients ayant des conduites à risque est en outre conditionné par l'abord systématique des partenaires et de l'orientation sexuelle, qui peut l'être au moyen d'une question simple : « Avez-vous un, une ou des partenaires ? ».

Si le moment choisi semble avoir un impact important sur l'efficacité de la prévention et si le motif de consultation se prête rarement à aborder la sexualité, il est nécessaire de ne pas différer les messages préventifs essentiels. En effet, certaines actions doivent être accomplies à temps car trop tôt, elles n'auront pas l'impact escompté, et trop tard, nous ne serons plus dans le préventif mais dans le curatif. Saisir l'instant opportun relèverait donc d'une écoute attentive et d'un raisonnement qui peuvent jouer un rôle décisif dans la portée des messages préventifs auprès des patients.

d. L'organisation du temps

Enfin, le manque de temps est une limite évoquée à plusieurs reprises, posant la question de l'organisation du temps médical. L'information, la formation, la prévention sont chronophages. Les médecins ont insisté sur la nécessité de prévoir une consultation plus longue lors de l'instauration de la PrEP, car la prescription doit absolument s'accompagner d'un moment d'échanges et de dispensation de conseils. Cette contrainte temporelle reste un frein majeur dans l'organisation du médecin généraliste et ne semble pas trouver de solution en l'état actuel.

Pour terminer, nous vous proposons le schéma heuristique suivant, regroupant les grandes idées et l'aboutissement de ce travail.

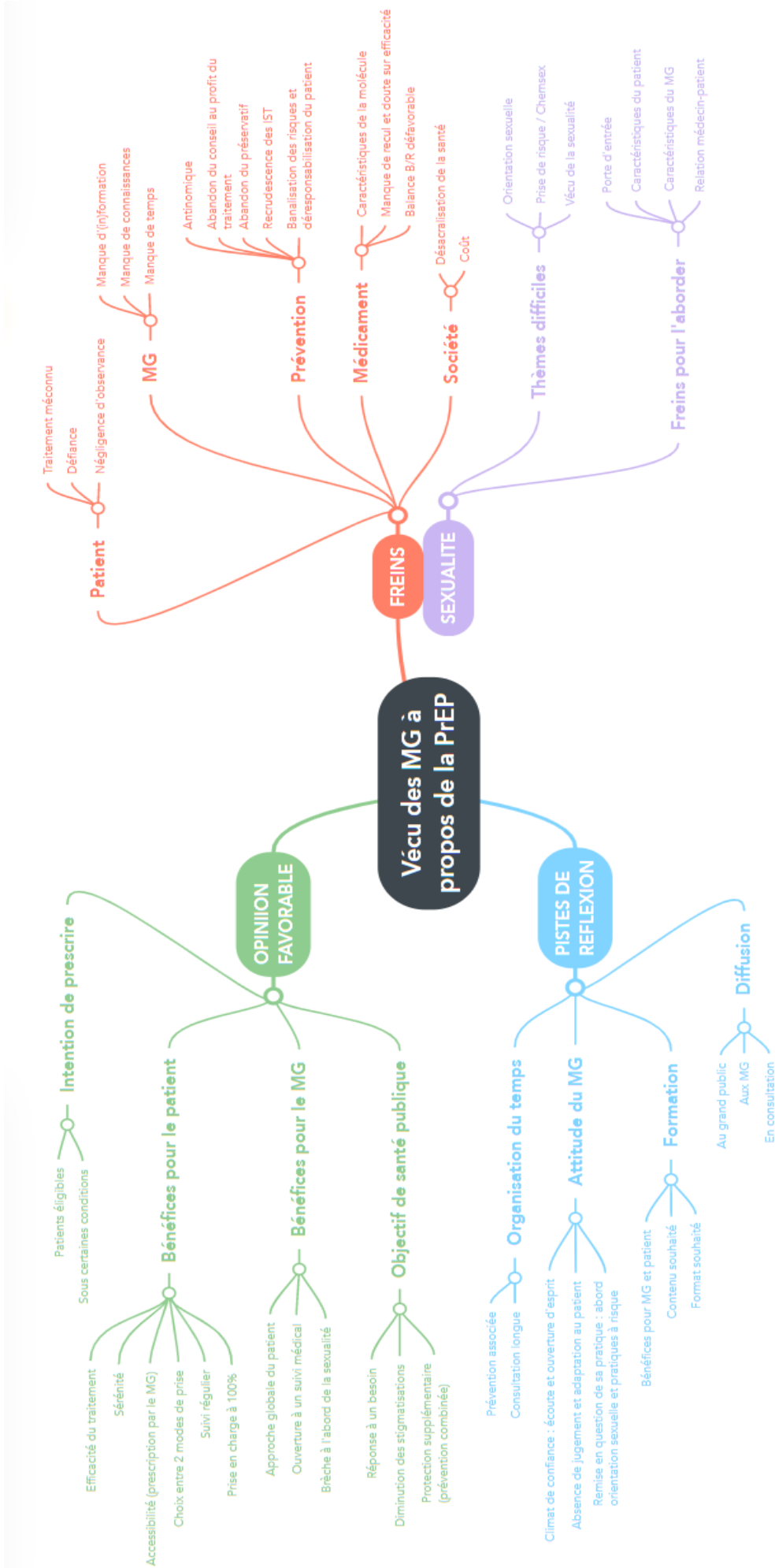


Figure 5 : Schéma heuristique

MG : médecin généraliste

CONCLUSION

L'inadéquation entre les données scientifiques encourageantes sur l'efficacité de la prophylaxie pré-exposition au VIH pour diminuer les contaminations et sa faible utilisation en médecine générale nous a menés à évaluer le vécu des médecins généralistes de l'Orne concernant ce moyen de prévention.

L'opinion générale des médecins est globalement favorable à la PrEP. Leur enthousiasme envers cette prophylaxie s'explique par les nombreux bénéfices qu'ils lui reconnaissent en matière de santé publique, pour leurs patients et dans leur pratique, aboutissant généralement à une intention de prescrire.

Néanmoins, son utilisation n'est pas encore évidente pour une majorité d'entre eux. Plusieurs freins et idées reçues entravent sa prise en main, dont certains ne semblent pas toujours en adéquation avec la réalité de la PrEP. Beaucoup de leurs inquiétudes sont finalement liées au manque de connaissances et pourraient être levées par une formation.

Par ailleurs, la délicate problématique de la sexualité, indissociable de la PrEP, peut être un obstacle à son approche par la difficulté des médecins à l'aborder, notamment pour l'identification des populations à risques de VIH puis pour le suivi associé. L'attitude du médecin généraliste semble avoir un rôle prépondérant pour y faire face, mais il serait pertinent de recueillir également l'expérience des patients à ce sujet.

A travers leur vécu, et notamment les obstacles soulevés à l'appropriation de la PrEP, des pistes de réflexion ont été suggérées dans le but de mieux l'appréhender et la diffuser en soins premiers. L'ouverture de la primo-prescription à tout médecin est une première avancée qui permettra certainement de lever des freins. Les participants ont proposé des campagnes de diffusion à destination du grand public, des patients et des médecins, ce qui nous a amené à nous interroger sur la place de la prévention en France. Il semblerait qu'une politique de prévention plus adaptée permettrait une meilleure communication de cet outil. Ces stratégies, dans le cadre de la PrEP, mériteraient d'être évaluées par d'autres études.

Aussi, l'intérêt global des médecins pour une formation va dans le sens d'une volonté de s'approprier ce nouvel outil et il pourrait en être proposé une à tout médecin, notamment aux généralistes Ornais qui ont exprimé des attentes précises sur le fond et la forme. Il serait ainsi intéressant de recueillir leur vécu quant à la PrEP dans quelques années pour évaluer l'impact de l'élargissement de la primo-prescription, des formations et des éventuelles pistes de réflexion qui pourraient être mises en place dans l'entre-temps.

La question du temps médical demeure cependant un problème de taille. En effet, si les solutions évoquées ne paraissent pas insurmontables, les médecins, bien que volontaires, ont fait état d'un manque de temps à tout niveau, pour s'informer, se former, s'impliquer dans cette stratégie de prévention. Finalement, à travers le recueil de leur vécu, le frein principal à l'appréhension de la PrEP par les médecins généralistes ne serait-il pas tout simplement le manque de temps ?

Bibliographie

1. Principaux repères sur le VIH/sida [Internet]. WHO. 2021 [cité 23 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. Selon l'OMS, l'accès aux médicaments contre le VIH est gravement perturbé par la COVID-19 alors que la riposte au sida ne progresse plus [Internet]. WHO. 2020 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/06-07-2020-who-access-to-hiv-medicines-severely-impacted-by-covid-19-as-aids-response-stalls>
3. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016-2021: vers l'élimination du SIDA [Internet]. WHO. 2016 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250576>
4. Fiche d'information — Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida [Internet]. UNAIDS. 2021 [cité 23 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
5. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2020. [Internet]. [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2020>
6. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2021. [Internet]. Santé Publique France. 2021 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2021>
7. Stratégie nationale de santé sexuelle - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. 2016 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
8. FormaPrEP - Plateforme d'apprentissage en ligne FormaPrEP - Épidémiologie du VIH et rationnel de la PrEP [Internet]. SFLS. 2021 [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: https://www.formaprep.org/main/lp/lp_controller.php?cidReq=PREP001&action=view&lp_id=37&item_id=358&isStudentView=true
9. Epidémiologie régionale [Internet]. COREVIH Normandie (Comité de Coordination Régionale de lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine). 2020 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.corevih-normandie.fr/ressources/epidemiologie/epidemiologie-regionale/>
10. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2021 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3262060/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-de-la-covid-19-prophylaxie-prep-du-vih-par-tenofovir-disoproxil/-emtricitabine-dans-le-cadre-de-l-urgence-sanitaire
11. FormaPrEP - Plateforme d'apprentissage en ligne FormaPrEP - Prévention diversifiée du VIH et des IST [Internet]. SFLS. 2021 [cité 23 févr 2022]. Disponible sur: https://www.formaprep.org/main/lp/lp_controller.php?cidReq=PREP002&action=view&lp_id=42&item_id=385&isStudentView=true
12. García-Lerma JG, Cong M, Mitchell J, Youngpairoj AS, Zheng Q, Masciotra S, et al. Intermittent Prophylaxis with Oral Truvada Protects Macaques from Rectal SHIV Infection. *Sci Transl Med.* 13 janv 2010;2(14):4.
13. García-Lerma JG, Heneine W. Animal models of antiretroviral prophylaxis for HIV prevention: *Curr Opin HIV AIDS.* nov 2012;7(6):505-13.
14. 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.
15. Baeten JM, Heffron R, Kidoguchi L, Mugo NR, Katabira E, Bukusi EA, et al. Integrated Delivery of Antiretroviral Treatment and Pre-exposure Prophylaxis to HIV-1–Serodiscordant Couples: A Prospective Implementation Study in Kenya and Uganda. *Siegfried N, éditeur. PLOS Med.* 23 août 2016;13(8):e1002099.

16. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med.* 2 août 2012;367(5):399-410.
17. 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.
18. 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.* janv 2016;387(10013):53-60.
19. Siguier M, Molina J-M. HIV preexposure prophylaxis: An essential, safe and effective prevention tool for sexual health. *Médecine Mal Infect.* août 2018;48(5):318-26.
20. PrEP VIH : suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques [Internet]. EPI-PHARE. 2019 [cité 29 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/suivi-de-lutilisation-de-truvada-ou-generiques-pour-une-prophylaxie-pre%e2%80%90exposition-prep-au-vih/>
21. Molina J-M. L'efficacité de la PrEP à la demande confirmée après 3 ans de suivi par l'étude ANRS Prévenir présentée à la CROI 2021 [Internet]. ANRS. 2021 [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.anrs.fr/fr/presse/communiqués-de-presse/799/lefficacite-de-la-prep-la-demande-confirmer-apres-3-ans-de-suivi>
22. Aslan A. Ce qu'il faut savoir du ChemSex lorsque l'on est prescripteur de PrEP ? Comment placer la santé sexuelle dans une consultation de PrEP ? [Internet]. *Infectiologie.com.* 2019. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/journees-splif-slfs/2019/aslan.pdf>
23. Turner L, Roepke A, Wardell E, Teitelman AM. Do You PrEP? A Review of Primary Care Provider Knowledge of PrEP and Attitudes on Prescribing PrEP. *J Assoc Nurses AIDS Care.* janv 2018;29(1):83-92.
24. Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques [Internet]. EPI-PHARE. 2019 [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/actualites/suivi-de-lutilisation-de-truvada-ou-generiques/>
25. Suivi de l'utilisation de la PrEP au VIH [Internet]. EPI-PHARE. 2020 [cité 29 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2020/>
26. FormaPrEP - Plateforme d'apprentissage en ligne FormaPrEP [Internet]. SFSL. 2021 [cité 23 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.formaprep.org/>
27. Désert médical dans l'Orne : un médecin généraliste pour 1 800 habitants [Internet]. *actu.fr.* 2021 [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: https://actu.fr/normandie/alencon_61001/desert-medical-dans-l-orne-un-medecin-generaliste-pour-1-800-habitants_38697197.html
28. Frappé P. Fiche 40 : Envisager le biais en recherche qualitative. In: *Initiation à la recherche.* 2ème édition. Global Media Santé; 2018. (FAYR-GP).
29. Hours A. Représentations de la PrEP chez les médecins généralistes de la métropole de Montpellier [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier - Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes; 2020.
30. Daire P, Junquero P. Comment les médecins généralistes de Midi-Pyrénées perçoivent-ils et envisagent-ils la prophylaxie pré-exposition au VIH ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Toulouse III Paul Sabatier - Facultés de Médecine; 2019.
31. Colin M. Acceptabilité du renouvellement du traitement pré-exposition du VIH ou PrEP en Médecine Générale : enquête auprès des patients et des médecins généralistes de la région Centre-Val de Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours - Faculté de Médecine; 2020.
32. Bertho S. Exploration de l'acceptation et de la faisabilité du suivi des patients sous PrEP par les médecins généralistes libéraux en Vienne et Deux-Sèvres [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers - Faculté de Médecine et Pharmacie; 2019.
33. Kimiaï M. La PrEP et les médecins généralistes en France : quelles perceptions, quelles appropriations ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes - UFR de Médecine de Grenoble; 2021.

34. Crowley D, Cullen W, O'Donnell P. Pre-exposure prophylaxis and primary care. *Br J Gen Pract.* août 2020;70(697):409-10.
35. Foka Tichoue H. Étude des freins à l'appropriation de la Prophylaxie Pré-Exposition au VIH (PrEP) en soins premiers. Enquête auprès de médecins généralistes dans le département de la Seine-Saint-Denis [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Est Créteil - Faculté de Médecine de Créteil; 2018.
36. Chareau S. Enquête sur les connaissances et perceptions des Médecins Généralistes du Maine-et-Loire concernant la PrEP (Prophylaxie pré-Exposition au VIH) en 2018 [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers - Faculté de Santé; 2019.
37. Blackstock OJ, Moore BA, Berkenblit GV, Calabrese SK, Cunningham CO, Fiellin DA, et al. A Cross-Sectional Online Survey of HIV Pre-Exposure Prophylaxis Adoption Among Primary Care Physicians. *J Gen Intern Med.* janv 2017;32(1):62-70.
38. Gilles M. Etat des connaissances sur la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) et des habitudes de dépistage des IST : enquête auprès des médecins généralistes des Hauts-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille - Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2020.
39. Prophylaxie pré-exposition au HIV (PrEP) : accès élargie. *La Revue Prescrire.* juill 2021;41(453):500, 501.
40. Prescription de la PrEP en ville : comment faire, en pratique ? [Internet]. *La Revue du Praticien.* 2021 [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/prescription-de-la-prep-en-ville-comment-faire-en-pratique>
41. Maria P. Initiation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) : réactions et attentes des médecins généralistes. Une enquête qualitative dans les Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Côte D'Azur - Faculté de Médecine; 2021.
42. Bertrand R. La Prophylaxie pré-exposition : étude qualitative de la représentation des médecins généralistes des Alpes-Maritimes à propos de la PrEP [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine; 2020.
43. Bally N. Connaissances et représentations à propos de la prophylaxie pré exposition au VIH (PrEP) chez les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône [Thèse d'exercice]. [France]: Université Aix Marseille - Faculté des sciences médicales et paramédicales; 2020.
44. Plomer A-S, McCool-Myers M, Apfelbacher C. Perspectives on HIV PrEP care in Germany: qualitative insights from primary care physicians and specialists. *AIDS Care.* 2 août 2020;32(8):994-1000.
45. Ahmed M, Avron L, Blanchard L, Bussi C, Czuppon C, Daoud M, et al. Normalisation de la PrEP, confiance et moralisme. France: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales - Université Paris XIII; 2017.
46. Maitre L, Prouteau J, Mulliez A, Jacomet C. Caractéristiques et parcours de soins en médecine générale des patients recevant une prophylaxie pré-exposition (PrEP). *Médecine Mal Infect.* juin 2019;49(4):S143-4.
47. Pleuhs B, Quinn KG, Walsh JL, Petroll AE, John SA. Health Care Provider Barriers to HIV Pre-Exposure Prophylaxis in the United States: A Systematic Review. *AIDS Patient Care STDs.* mars 2020;34(3):111-23.
48. Moran A. Les médecins devraient-ils connaître l'orientation sexuelle de leurs patients ? [Internet]. *Libération.* 2017 [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2017/06/06/les-medecins-devraient-ils-connaître-l-orientation-sexuelle-de-leurs-patients_1574663/
49. Ngangro NN. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. *Santé Publique Fr - Bull Epidémiologique Hebd.* 2016;(41-42):7.
50. McManus H, Grulich AE, Amin J, Selvey C, Vickers T, Bavinton B, et al. Comparison of Trends in Rates of Sexually Transmitted Infections Before vs After Initiation of HIV Preexposure Prophylaxis Among Men Who Have Sex With Men. *JAMA Netw Open.* 23 déc 2020;3(12):e2030806.
51. Mesurer l'évolution des comportements sexuels et contraceptifs [Internet]. *Santé publique France.* 2019 [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/mesurer-l-evolution-des-comportements-sexuels-et-contraceptifs>

52. Holt M, Lea T, Mao L, Kolstee J, Zablotska I, Duck T, et al. Community-level changes in condom use and uptake of HIV pre-exposure prophylaxis by gay and bisexual men in Melbourne and Sydney, Australia: results of repeated behavioural surveillance in 2013–17. *Lancet HIV*. 1 août 2018;5(8):e448-56.
53. Où trouver la PrEP [Internet]. AIDES. 2022 [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.aides.org/ou-trouver-la-prep-vih>
54. Cambiano V, Miners A, Dunn D, McCormack S, Ong KJ, Gill ON, et al. Cost-effectiveness of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men in the UK: a modelling study and health economic evaluation. *Lancet Infect Dis*. 1 janv 2018;18(1):85-94.
55. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies*. juill 2017;26(3):136-45.
56. Collyer A, Bourke S, Temple-Smith M. General practitioners' perspectives on promoting sexual health to young men. *Aust J Gen Pract*. juin 2018;47(6):376-81.
57. Zeggagh J, Siguier M, Molina J-M. Évaluation de la prise en charge de la santé sexuelle des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes par les médecins généralistes, à l'heure de la prophylaxie pré-exposition du VIH. *Médecine Mal Infect*. juin 2018;48(4):S144.
58. Tarragon J, Messaadi N, Martin J, Cottencin O, Bayen M, Bayen S. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale ? *Exercer*. 2020;159:4-10.
59. Bellaton N, Chambost A. Quelles sont les difficultés à aborder le sujet de la sexualité en médecine générale ? Etat des lieux en 2017. Etude qualitative du point de vue des médecins et des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université Claude Bernard Lyon 1 - Faculté de Médecine Lyon Est; 2018.
60. Raude J. Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions. *Commun Lang*. 2013;176(2):49-64.
61. How to use the Red Book [Internet]. RACGP - Royal Australian College of General Practitioners. 2021 [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/guidelines-for-preventive-activities-in-general-pr/preamble/how-to-use-the-red-book>
62. AIDES lance Prep 4 Love, la première campagne nationale d'information et de promotion de la Prep [Internet]. AIDES. 2018 [cité 12 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.aides.org/communiquer/aides-lance-prep-4-love-la-premiere-campagne-nationale-dinformation-et-de-promotion-de>
63. VIH: tous les médecins peuvent désormais initier le traitement préventif PrEP [Internet]. BFMTV. 2021 [cité 12 févr 2022]. Disponible sur: https://www.bfmtv.com/sante/vih-tous-les-medecins-peuvent-desormais-initier-le-traitement-preventif-pr-ep_AD-202106010500.html
64. Messenger D, Vasseur V. VIH : à partir du 1er juin, les médecins généralistes peuvent prescrire la Prep [Internet]. France Inter. 2021 [cité 12 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/vih-a-partir-du-1er-juin-les-medecins-generalistes-peuvent-prescrire-la-prep>
65. Rouches S. Mise en place d'un e-learning sur la Prophylaxie Pré exposition du VIH (PrEP) pour les internes de médecine générale de Lyon : évaluation de l'évolution de leurs connaissances avant et après la formation [Thèse d'exercice]. [France]: Université Claude Bernard Lyon 1 - Faculté de Médecine Lyon Est; 2021.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Présentation

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Je suis interne en médecine générale et je réalise ma thèse sur le thème de la PrEP (prophylaxie pré-exposition au VIH). Je souhaitais m'entretenir avec vous sur ce sujet, afin de connaître votre vécu vis-à-vis de ce traitement. Il ne faut pas hésiter à me dire les choses telles que vous les pensez, que vous soyez pour ou contre la PrEP, pour ou contre avoir un rôle dans son utilisation auprès de vos patients.

Dans un souci de précision, afin de ne manquer aucune information qui pourrait être utile à la suite de mon étude, je souhaiterais enregistrer notre entretien. Sachez qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse et que toutes les informations que vous me donnerez seront bien sûr anonymisées. Etes-vous d'accord pour l'enregistrement ?

Questions d'anonymisation

- Sexe
- Age
- Stade de la profession : nombre d'années d'expérience
- Parcours professionnel
- Mode d'exercice actuel
- Zone d'exercice actuel

Entretien semi-dirigé (*relances en italique*)

① **La PrEP : connaissances et pratique du médecin généraliste**

- Que savez-vous de la PrEP ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?
- Si vous en avez, pouvez-vous me raconter votre (vos) expérience(s) personnelle(s) sur ce thème ?
 - *Comment le sujet est-il abordé en consultation ?*
 - *Connaissez-vous la population cible ?*
 - *Connaissez-vous les modalités de prescription/suivi ?*

② **La PrEP : avis personnel du médecin généraliste**

- Qu'en pensez-vous personnellement ?
- En tant que médecin généraliste, comment vous positionnez-vous quant à la PrEP ? Quelle place occupez-vous / pourriez-vous occuper ?
- Que pensez-vous de l'élargissement de la prescription (primo-prescription récente des médecins généralistes) ?
- Quels avantages voyez-vous à ce que le MG primo-prescrive / suive les patients sous PrEP ?
- Quelles craintes pourraient être un frein à son utilisation ?

③ PrEP et santé sexuelle

- La PrEP s'intègre dans une stratégie nationale de santé sexuelle, que savez-vous à ce sujet ?
- Quels thèmes en lien avec la santé sexuelle vous sembleraient-ils utiles d'aborder lors d'une consultation PrEP ?
- *Que pouvez-vous me dire à propos de :*
 - *Prévention diversifiée du VIH*
 - *Prévention sexuelle en général*
 - *Autres IST et leur prise en charge*
 - *Contraception*
 - *Pratiques sexuelles / Orientation sexuelle*
 - *Vécu de la sexualité*
 - *Chemsex / Consommation de drogues*
- Comment abordez-vous ces thèmes avec vos patients en consultation ?
- Etes-vous à l'aise pour les aborder ? Pour quelles raisons ?
- Quelles sont vos ressources en cas de difficultés ?
- Quels points aimeriez-vous éventuellement améliorer dans la prise en charge en santé sexuelle de vos patients ?

④ Perception des médecins généralistes quant à une formation sur la PrEP

- En avez-vous déjà eu une ?
- Quel intérêt aurait une (in)formation sur la PrEP dans votre pratique ?
 - *Que vous apporterait-elle ? Qu'apporterait-elle à vos patients ?*
 - *Changerait-elle vos habitudes ?*
- Sur le fond, quels seraient vos besoins ? Quelle aide pourrait vous être apportée ?
- Sur la forme, comment verriez-vous cette formation ?

Avez-vous des suggestions ou d'autres choses à ajouter ?

Conclusion

L'aboutissement de ce travail serait de pouvoir organiser une formation sur la PrEP, formation qui s'adresserait aux médecins généralistes de l'Orne si le sujet les intéresse. Elle serait dispensée par un médecin expérimenté dans le domaine (par exemple un médecin spécialiste du VIH ou un médecin de CeGIDD).

J'ai terminé. Un grand merci pour l'intérêt porté à cet entretien, et surtout pour votre précieux temps ! Si vous le souhaitez, je pourrais vous faire un retour lorsque mon travail sera terminé.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2022

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : JULIEN Cécile

TITRE DE LA THÈSE : Vécu des médecins généralistes concernant la prophylaxie pré-exposition au VIH : étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Orne en 2021.

RÉSUMÉ :

Introduction : Devant l'inadéquation entre les données encourageantes concernant l'efficacité de la PrEP sur la baisse des contaminations au VIH et sa faible utilisation en soins primaires, alors que les médecins généralistes peuvent désormais l'initier, nous nous sommes intéressés à leur vécu quant à cette stratégie de prévention.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 16 médecins généralistes de l'Orne, avec analyse thématique.

Résultats : Les médecins sont globalement favorables à la PrEP. Ils lui trouvent de nombreux bénéfices dans leur pratique, pour leur patient et en termes de santé publique. Mais des craintes entravent leur utilisation. Ils citent notamment le manque de connaissances, l'abord de la sexualité limitant le repérage des populations cibles, le principe contradictoire du traitement qui pourrait banaliser la prise de risques et entraîner une recrudescence des IST, et le manque de temps. Ces limites les ont menés à proposer des solutions afin de faciliter la diffusion de cette prophylaxie.

Discussion : L'originalité de cette étude réside dans les récentes prérogatives et le fait que le vécu des généralistes n'ait a priori jamais été recueilli dans cette région. Les résultats concordent avec ceux de la littérature. Il est nécessaire de former les médecins généralistes et d'améliorer la communication. Les questions de la sexualité et de la gestion du temps médical restent difficiles à outrepasser.

Conclusion : Ce travail ouvre la voie à l'organisation de formations aux médecins généralistes sur la PrEP et amène à se poser la question du manque de temps comme réel frein à son appropriation.

MOTS-CLÉS : PrEP, prophylaxie pré-exposition, VIH, prévention, médecine générale, vécu, pratiques sexuelles à risque

TITLE: General practitioners experience with HIV pre-exposure prophylaxis: a qualitative study with general practitioners in Orne in 2021.

ABSTRACT:

Introduction: Given the discrepancy between the encouraging data concerning the effectiveness of PrEP in reducing HIV infection and its low use in primary care, even though general practitioners can now initiate it, we were interested in their experience regarding this prevention strategy.

Material and method: This is a qualitative study based on semi-directed interviews with 16 general practitioners in Orne department, with thematical analysis.

Results: The doctors are generally in favor of PrEP. They find many benefits in their practice, for their patients and regarding public health. However, fears hinder their use. Among the main ones, they mention the lack of knowledge, the approach to sexuality which limits the identification of target populations, the contradictory principle of treatment which could trivialize risk-taking and lead to an increase in STIs, and the lack of time. These limitations led them to propose solutions to facilitate the spread of this prophylaxis.

Discussion: The originality of this study lies in the recent prerogatives and the lack of previous collected data about general practitioners experiences in this region. The results are consistent with those of the literature. There is a need to train general practitioners and to improve communication. The issues of sexuality and medical time management remain difficult to overcome.

Conclusion: This work paves the way to the organization of training for general practitioners on PrEP and raises the question of the lack of time as a real obstacle to its appropriation.

KEY WORDS: PrEP, pre-exposure prophylaxis, HIV, prevention, general practice, experience, risky sexual practices