



HAL
open science

État des lieux des connaissances et des représentations des médecins généralistes sur la PrEP

Quentin Delignières

► **To cite this version:**

Quentin Delignières. État des lieux des connaissances et des représentations des médecins généralistes sur la PrEP. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04577857

HAL Id: dumas-04577857

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04577857>

Submitted on 16 May 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Université de Picardie Jules Vernes
Faculté de médecine d'Amiens

Année 2024

N° : 2024 - 3

**État des lieux des connaissances et des représentations des
médecins généralistes sur la PrEP.**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE Spécialité : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine d'AMIENS le 15 février 2024

Par Monsieur Quentin DELIGNIERES

Né le 15/04/1991 à Amiens (80)

Devant le jury composé de :

PRESIDENT DU JURY : Professeur GANRY Olivier

Le directeur de thèse : Docteur ADJODAH Chandra

Membre du jury : Professeur MAIZEL Julien

Membre du jury : Professeur GARCON Loïc

Membre du jury : Docteur DAIRAINÉ Paul-Antoine

Membre du jury invité : Pr SCHMIT Jean-Luc

REMERCIEMENTS

A mon président du jury

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Médecine de Santé Publique

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail.

Merci également d'avoir spontanément accepté de présider cette thèse.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Julien MAIZEL
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Médecine intensive Réanimation
Assesseur 2ème cycle
Chef du Service de médecine intense Réanimation

Je souhaite vous exprimer ma gratitude pour avoir accepté de faire partie de ce jury
Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Paul-Antoine DAIRAINÉ
Médecin généraliste

Je souhaite vous exprimer ma gratitude pour avoir accepté de faire partie de ce jury.
Soyez assuré de mon profond respect.

A mon directeur de thèse
Monsieur le Docteur Chandra ADJODAH
Infectiologie

Merci d'avoir directement accepté de diriger ce travail, pour tes conseils et ta disponibilité. Je te transmets l'expression de mon profond respect et mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Loïc GARCON
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Médecin en hématologie et oncologie

Je souhaite vous exprimer ma gratitude pour avoir accepté de faire partie de ce jury.
Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur SCHMIT Jean-Luc
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Médecin en infectiologie

Je souhaite vous exprimer ma gratitude pour avoir accepté de faire partie de ce jury.
Soyez assuré de mon profond respect.

A mon père et ma mère

Plus je grandis, plus je me rends compte de tous les sacrifices que vous avez fait pour mon avenir. Je ne trouverais jamais les bons mots pour exprimer toute la reconnaissance. Merci d'avoir toujours été présent.

Merci à toi papa, d'avoir toujours été présents.

A mon frère,

Merci pour toute l'aide que tu m'as apporté au cours de la rédaction de cette thèse. Tu as toujours été un frère présent quand j'en avais besoin.

A ma compagne, Marion

Tu as accepté de partager ta vie avec moi, tu m'as toujours soutenu et encouragé. Ta présence me remplit de bonheur chaque jour. Merci d'être toujours là, dans les bons moments et de m'encourager dans les moments de doute. Tu es le soleil de ma vie.

A ma grand-mère,

Merci de m'avoir accueilli pendant toutes ses années d'études. J'ai passé une grande partie de mon enfance à tes côtés, ces souvenirs resteront gravés en moi à jamais.

Aux amis,

Merci pour tous les bons moments passés et futurs.

A Catherine et Frederic

Merci de m'avoir accueilli dans votre famille, merci pour tous les bons moments passés et les bons repas.

A papy Jean Claude et mamie Annie

C'est un privilège d'avoir des beaux grands parents si gentils et adorables. Merci de m'avoir accueilli comme votre petit fils.

A tous ceux que j'ai oubliés de citer, et qui ont participés de près ou de loin à l'élaboration de ce travail, je m'en excuse et je vous remercie pour votre aide et votre soutien.

REMERCIEMENTS	2
ABREVIATIONS.....	11
INTRODUCTION	12
1. Virus de l'immunodéficience humaine de sa découverte à nos jours	13
2. Physiopathologie du VIH.....	14
1.1 Mécanisme de réplication du VIH dans la cellule.....	14
3. Épidémiologie du VIH.....	15
3.1 En France	15
3.1.1 De 2013 à 2018	15
3.1.2 Après l'arrivée du covid.....	15
3.2 Au niveau mondial.....	16
3.2.1 Statistiques du VIH en 2021 dans le monde.....	16
3.2.2 De grosses disparités.....	17
4. Les défis dans la lutte contre le VIH.....	18
4.1 La prévention	18
4.1.1 Transmission materno-fœtale	19
4.1.2 La TPE	19
4.1.3 Le TaSP.....	19
4.1.4 La PrEP	21
4.1.5 Le safe-sex.....	21
4.1.6 La circoncision	21
4.2 Le dépistage.....	22
5. La PrEP.....	23
5.1 Différentes études réalisées sur la PrEP	24
5.1.1 Etude IPERGAY Franco-canadienne	24
5.1.2 Etude PREVENIR	25
5.1.3 Étude IPREX	25
5.1.4 Étude PROUD	25
5.1.5 Étude TDF2.....	25
5.1.6 Étude CAPRISA 004.....	25
5.1.7 Étude FEM PrEP	26
5.1.8 Méta-analyse de la tolérance de la PrEP.....	26
5.2 Nombre de patients sous PrEP en France.....	27
5.2.2 Depuis 2016.....	27
5.2.3 Depuis le covid.....	27
5.3 Freins à l'utilisation de la PrEP chez les patients.....	28
5.4 État des lieux sur les lieux de prescription de la PrEP en France.....	28
5.5 La PrEP injectable.....	29
6. Étude	30
6.1 Choix de l'étude.....	30
6.2 Matériel et méthode	30
6.2.1 Population étudiée	30
6.2.1 Élaboration du questionnaire.....	30
6.2.2 Analyse statistique des données	30
6.3 Résultats.....	31
6.3.1 Sex ratio	31

6.3.2	Age et lieux d'exercice.....	31
6.3.3	Facilité à aborder la santé sexuelle en fonction de l'âge.	32
6.3.4	Connaissance et expérience de la PrEP	32
6.3.5	Médecins qui ont déjà initié et renouvelé la PrEP	32
6.3.6	Perception de la PrEP	33
6.3.7	Scores notés de Perception de la PrEP	35
6.3.8	Implication des médecins dans le suivi des personnes sous PrEP	36
6.3.9	Temps de consultation en médecine générale.....	37
6.4	Discussion.....	37
6.4.1	Caractéristique des médecins qui ont répondu au questionnaire	37
6.4.2	Connaissance de la PrEP	37
6.4.3	Perception de la PrEP.....	38
6.4.4	Implication des médecins dans le suivi et sexualité	39
6.4.5	Frein à la prescription de la PrEP en médecine générale.....	39
6.5	Limite de l'étude.	39
	CONCLUSION.....	40
	BIBLIOGRAPHIE.....	41
	ANNEXE.....	44
	RESUME.....	47

ABREVIATIONS

ARV : Antirétroviraux

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic.

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMMV : Circoncision masculine médicale volontaire

HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

IC : Intervalle de confiance

IST : Infection sexuellement transmissible

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

PrEP : Prophylaxie préexposition

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

SIDA : Syndrome immunodéficience acquise

TaSP : Treatment as prévention ou traitement comme prévention

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

TPE : Traitement post exposition

UDI : Usagers de drogues injectables.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Au niveau mondial, 37 millions de personnes sont actuellement contaminées par le VIH dont 170.000 en France. Des milliers de personnes se contaminent toujours chaque jour. Depuis 1981, la pandémie de VIH a tué plus de 40 millions d'individus. (1)

A l'heure actuelle nous disposons d'outils performants sur le plan du dépistage, de la prévention et du traitement. Malgré ces progrès, l'objectif de zéro transmission VIH à l'échelle 2030 fixé par l'OMS reste un objectif difficile à atteindre. Au niveau mondial et même à l'échelle d'un pays, on observe de grosses inégalités concernant l'accès aux soins. L'objectif de l'OMS est de rendre accessible les moyens de prévention, de dépistage et de traitement à l'ensemble de la population. En 2016, la PrEP (prophylaxie pré exposition au VIH) est venue compléter l'arsenal de prévention. (2)

Ce nouvel outil de prévention doit pouvoir être accessible à l'ensemble de la population éligible. En France, le médecin généraliste est l'un des acteurs les plus importants pour promouvoir l'ensemble de ces moyens à notre disposition, la primo-prescription de la PrEP est possible par le médecin généraliste depuis 2021. Cette étude a pour but de connaître la perception de la PrEP par les médecins de ville.

1. Virus de l'immunodéficience humaine de sa découverte à nos jours

L'histoire du VIH commence en 1969, lorsque le virus a été observé pour la première fois aux États-Unis. Robert Rayford est connu comme le premier cas confirmé de SIDA aux États-Unis.

En 1981, les premiers articles sont diffusés aux États-Unis, c'est la première fois que l'on évoque l'émergence d'une nouvelle maladie inconnue.

En 1983, une équipe française de l'institut Pasteur, composée du professeur Luc MONTAGNIER et du professeur Françoise BARRE-SINOUSSE, parvient à isoler le virus de l'immunodéficience humaine.

Puis on découvre, lors de la même année que le virus se transmet par voie sexuelle. L'année suivante, le premier test diagnostique est inventé.

En 1987, l'azidothymidine a été approuvée, mais il n'a pas été très efficace.

En 1995, la trithérapie a été introduite, ce qui a considérablement amélioré la qualité de vie des patients atteints du VIH.

En 2008, le professeur Françoise BARRE-SINOUSSE a reçu deux prix Nobel de médecine, 25 ans après avoir isolé le virus du SIDA en collaboration avec le professeur Luc Montagnier, pour la découverte du virus de l'immunodéficience humaine.

En 2016, la PrEP (prophylaxie pré-exposition) a été approuvée en France après l'étude IPERGAY, offrant une nouvelle option de prévention pour les personnes à risque élevé d'infection par le VIH.

En 2021, l'autorisation de la primo prescription de la PrEP a été donnée aux médecins généralistes.

Aujourd'hui, grâce aux avancées médicales et à une meilleure sensibilisation, le VIH est devenu une maladie chronique gérable pour de nombreuses personnes (3)

2. Physiopathologie du VIH

1.1 Mécanisme de réplication du VIH dans la cellule

La fixation du VIH sur la cellule se fait grâce à une protéine transmembranaire : la Glycoprotéine gp120. Celle-ci se fixe sur le récepteur CD4 présent sur les lymphocytes. Cette fixation entraîne un changement de conformation et permet la fixation de gp41 sur le corécepteur du CCR5 ou CXCR4 à la surface de la cellule. La fixation entraîne une fusion entre gp41 du virus et la membrane cellulaire. (4) (5)

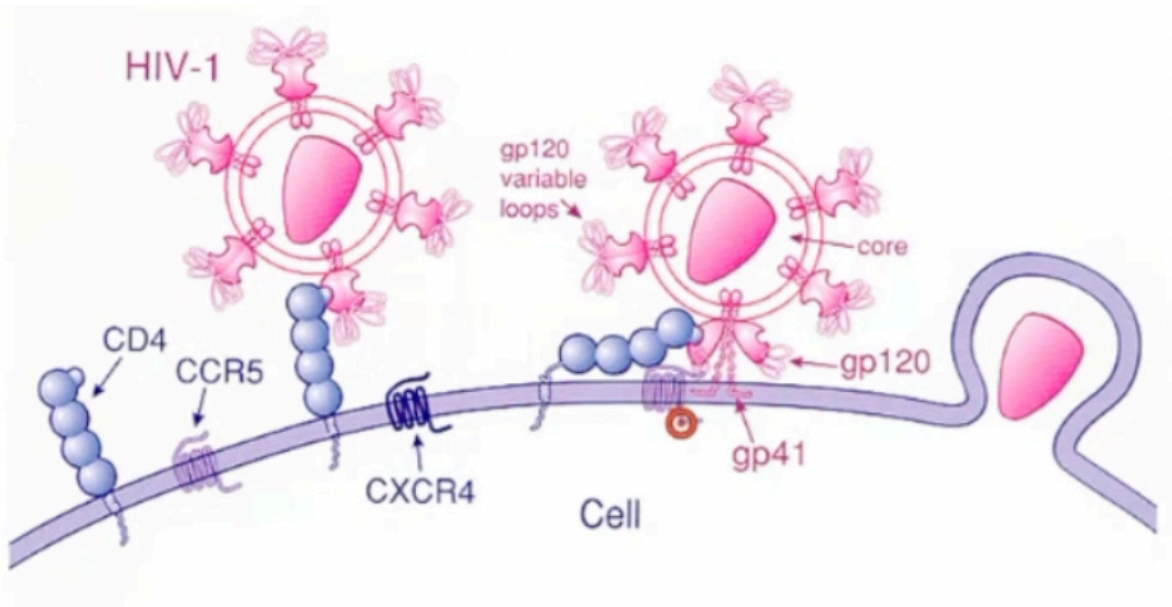


Figure 1 : La fixation ou attachement à une cellule (4)

La capsid virale entre ainsi dans la cellule. Celle-ci va libérer son génome viral et les enzymes virales. L'ARN viral va être rétro transcrit en ADN viral par l'intermédiaire d'une transcriptase inverse contenue dans le virus. Cet ADN nouvellement formé va ensuite s'intégrer dans le génome de la cellule grâce à une intégrase virale. Puis le virus utilise la machinerie de la cellule pour produire des nouvelles protéines virales. (5) (6)

3. Épidémiologie du VIH

3.1 En France

3.1.1 De 2013 à 2018

Durant cette période, l'incidence du VIH a baissé. Cette baisse concerne quasiment tous les groupes de population, elle est plus marquée chez les HSH et chez les hommes hétérosexuels nés en France. Elle est d'autant plus marquée chez les gens vivant en île de France.

La baisse de l'incidence est également présente chez les HSH nés à l'étranger, même si l'interprétation de l'incidence du VIH chez les personnes nées à l'étrangers est plus difficile. En effet, celle-ci dépend également des flux de population.

Cette baisse de la transmission est liée à l'association de tous les moyens de prévention, comme la PrEP, la TaSP ou encore l'usage du préservatif.

On note également une meilleure accessibilité au dépistage avec la création durant cette période des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), une meilleure accessibilité au TROD (test rapide d'orientation diagnostique) et la baisse des prix de vente des autotests en pharmacie. (7)

3.1.2 Après l'arrivée du covid

Depuis la pandémie de Covid 19, on note une baisse de l'incidence des personnes atteintes du VIH. Même si la distanciation sociale a pu limiter le nombre de contamination, cette baisse de diagnostic est essentiellement due à une baisse des tests de dépistage. Ce retard au dépistage a pour conséquence un retard au diagnostic et donc une découverte de la pathologie à un stade plus avancé. En 2020 on note une diminution de 22% des découvertes de séropositifs VIH par rapport à l'année 2019. (8)

Durant l'année 2020 on note également que 30% des découvertes des patients séropositifs se sont faites à un stade avancé. Celles-ci entraînent une perte de chance pour le patient au niveau thérapeutique et augmentent le risque de transmission au(x) partenaire(s) potentiel(s). (8)

3.2 Au niveau mondial

Dans le monde, depuis le début de la pandémie, plus de 40 millions de personnes sont décédées du VIH. (1)

3.2.1 Statistiques du VIH en 2021 dans le monde

En 2021, on dénombre dans le monde 38,4 millions de personnes vivant avec le VIH et encore 650.000 morts durant l'année. Parmi ces 38,4 millions de personnes vivant avec le VIH, 53% sont des femmes.

De nombreuses avancées ont été réalisées depuis 30 ans ; en effet plus de 28 millions de personnes séropositives sont sous traitement. De plus, environ 85% des personnes atteintes du VIH connaissent leur statut sérologique.

De gros progrès ont également été réalisés en termes de transmission materno-fœtale, en effet 82% des femmes séropositives avaient accès à des médicaments anti rétroviraux pour prévenir la transmission de la maladie à leur nouveau-né.

Les courbes de transmissions sont également encourageantes. Depuis le pic de 1996, les nouvelles infections liées au SIDA ne cessent de baisser, de même que le nombre de décès, qui baisse tous les ans depuis le pic de 2004. (9)

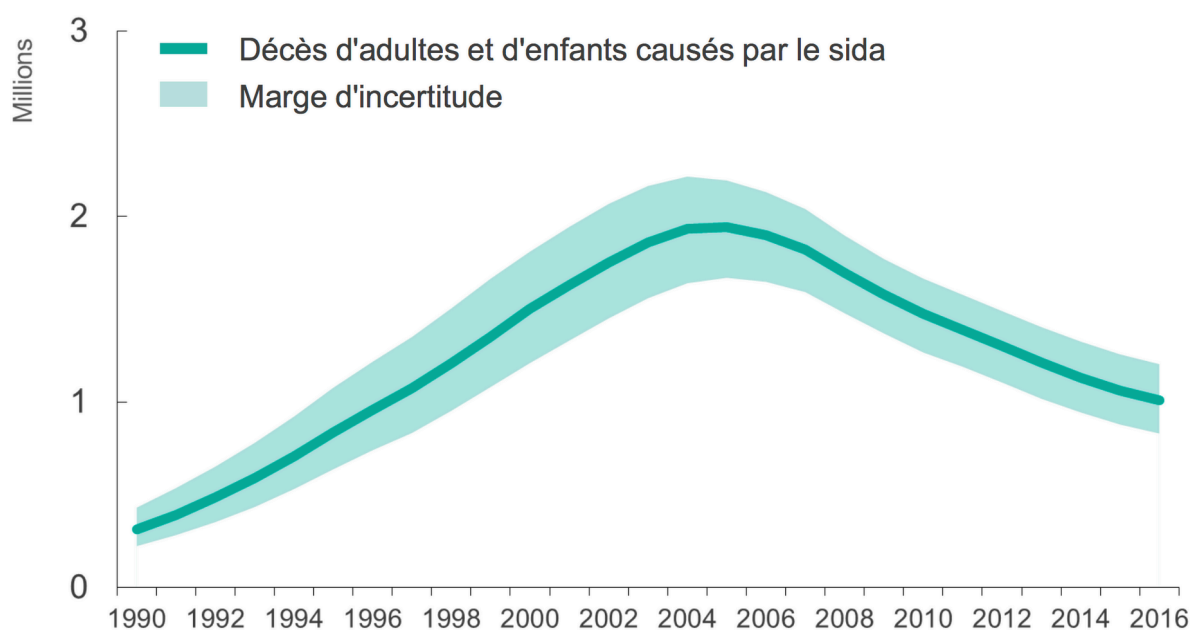


Figure 3 : Nombre de décès causés par le SIDA en millions depuis 1990. (9)

3.2.2 *De grosses disparités.*

L'incidence du VIH diminue dans la grande majorité des régions du monde. D'importants progrès sont à noter dans la prévention de la transmission du SIDA. (9)

Sur le globe, l'incidence du VIH diminue avec notamment une diminution plus notable en Afrique de l'Est (Soudan, Éthiopie) et en Afrique Australe (Afrique du Sud, Zimbabwe, Zambie), où le nombre de nouvelles contaminations a baissé de l'ordre de 30%. La majorité des contaminations reste toujours concentrée en Afrique Subsaharienne, elle regroupe environ 50% des nouvelles contaminations. (9)

Ces bons résultats sont à nuancer avec l'augmentation importante de l'incidence du VIH dans deux régions du monde : l'Europe de l'Est et l'Asie centrale. Le virus se transmet surtout parmi les UDI (usagers de drogue injectables). En effet, dans la fédération de Russie, le nombre d'infections au VIH a presque doublé depuis 2010. La fédération russe comporte le plus grand nombre d'usagers des drogues injectables au monde avec environ 2 millions d'usagers. Aucune mesure n'a été prise par l'état pour enrayer la pandémie de VIH dans ce pays. Le nombre de cas de VIH augmente également dans les pays d'Asie centrale tels que l'Albanie, le Kazakhstan ou encore l'Arménie. (9)

A noter que, malheureusement, le contexte actuel avec la guerre n'augure pas d'amélioration à court terme dans la lutte contre le VIH dans cette région du monde.

4. Les défis dans la lutte contre le VIH

L'objectif de l'OMS est d'obtenir aucune nouvelle transmission du VIH à l'horizon 2030. Pour y parvenir, l'OMS mentionne le chiffre de 90% des patients séropositifs diagnostiqués. Parmi ces patients diagnostiqués, l'objectif serait un taux de 90% de patients traités. Enfin, parmi ces patients traités, l'objectif serait d'avoir 90% de ces patients sans virus circulant. (2)

4.1 La prévention

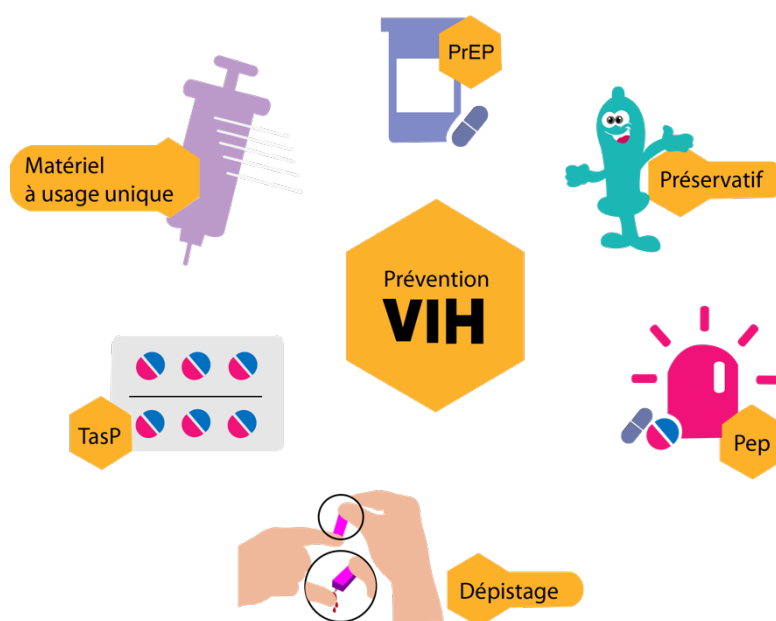


Figure 4 : Moyen de prévention du VIH (1)

En matière de prévention, c'est l'application de l'ensemble des méthodes de prévention qui permettrait d'arrêter la propagation du VIH. Sur le plan scientifique nous disposons, à l'heure actuelle, d'un large éventail permettant de lutter contre la propagation, comme l'usage du préservatif, l'utilisation de la PrEP, la circoncision masculine médicale volontaire, l'utilisation de seringues à usage unique pour les personnes toxicomanes, des interventions en faveur du changement des comportements « safe-sex » ou encore un traitement antirétroviral bien suivi (TaSP) qui empêche la transmission de la maladie au partenaire chez les patients séropositifs. (10)

Malgré tous ces moyens, le nombre d'infection lié au VIH ne baisse pas suffisamment ces dernières années pour atteindre l'objectif de l'OMS.

4.1.1 Transmission materno-fœtale

Grâce au progrès des ARV, le risque de transmission materno-fœtale en France est très faible, il est de l'ordre de 1% depuis 2002. Plusieurs facteurs peuvent augmenter le risque de transmission materno-fœtale, comme un traitement tardif, un enfant prématuré, une charge virale détectable. Pour minimiser le risque, l'ensemble de ces facteurs doivent être pris en charge chez une femme enceinte séropositive. (11)

4.1.2 La TPE

Le traitement post-exposition (TPE) consiste à prendre une trithérapie antirétrovirale en urgence, au plus tard 72 heures après un évènement à risque. Le traitement doit être pris pendant 4 semaines avec un suivi médical réparti sur une période de 3 mois. (12)

On peut prendre la TPE après :

- Un rapport sexuel à risque.
- Un partage de seringue.
- Un accident d'exposition au sang.

4.1.3 Le TaSP

A l'heure actuelle, les ARV sont extrêmement efficaces. L'espérance de vie des personnes traitées est identique à la population générale. Les ARV comportent plusieurs classes pharmacologiques, dont les inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse, les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, les inhibiteurs de la protéase, les inhibiteurs de fusion, les inhibiteurs de l'intégrase et les anti-CCR5. (13)

L'étude PARTNER 1 et l'étude PARTNER 2 montrent l'efficacité de la TaSP comme moyen de prévention.

Étude PARTNER

Concernant la prévention par TaSP, une étude PARTNER a été réalisée. Celle-ci regroupe tous les types de rapports sexuels chez des couples séro-différents. Quel que soit le type de rapport, on remarque qu'on n'a aucune transmission chez le partenaire séronégatif. L'étude montre que les nouveaux ARV sont efficaces. La faible proportion d'homosexuelle présente dans l'étude PARTNER n'a pas permis d'élargir les conclusions à la population homosexuelle. (14)

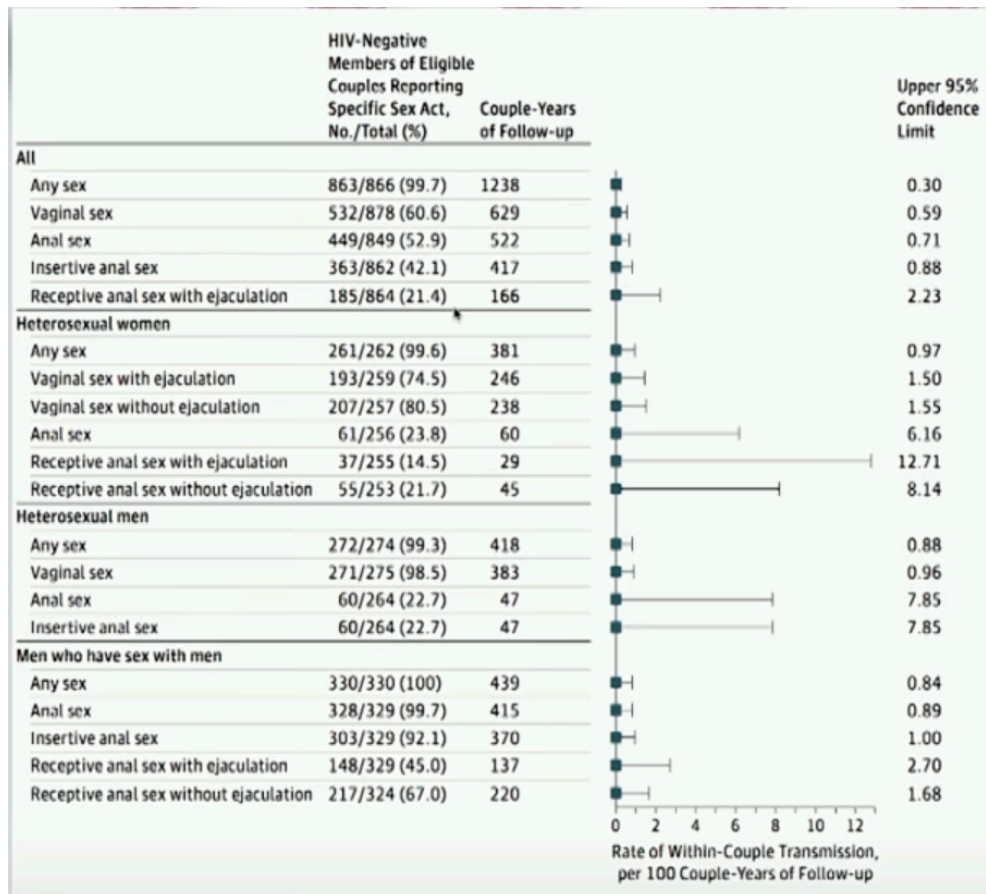


Figure 5 : Risque de transmission du VIH avec un partenaire séronégatif selon le type de rapport. (14)

Étude PARTNER 2

Pour élargir les résultats à la population homosexuelle, une seconde étude a été réalisée, l'objectif était de proposer aux couples homosexuels le même niveau de protection des ARV que chez les hétérosexuels. L'étude a été réalisée chez 972 couples d'homosexuels séro-différents dont 672 ont été éligibles (absence de préservatif, pas d'utilisation de PrEP chez le partenaire séronégatif et présence d'une charge virale < 200 copies/ml).

Les résultats ont démontré qu'aucune contamination n'avait eu lieu parmi les couples après 12 mois. L'étude PARTNER 2 a montré un même niveau d'efficacité des ARV chez les patients hétérosexuels et homosexuels. (15).

4.1.4 *La PrEP*

Ce médicament est basé sur une bithérapie consistant à prendre ce médicament dans le but d'éviter de se contaminer lors des rapports à risque. A noter que cette stratégie « prophylactique » n'est pas utilisée uniquement contre le VIH. On peut retrouver ce type de démarche dans la lutte contre le paludisme.

Il existe différentes formes de PrEP. Mais à l'heure actuellement une seule forme de PrEP possède une AMM en France : Le Truvada® qui est l'association de l'emtricitabine et du ténofovir. (16)

Beaucoup d'études démontrent l'efficacité de la PrEP ; un chapitre sera développé concernant l'ensemble de ces recherches.

4.1.5 *Le safe-sex*

Le safe-sex a la particularité de diminuer la transmission de toutes les IST. Il prône l'usage du préservatif pour tout rapport avec un partenaire irrégulier. (17)

Le préservatif a une efficacité de l'ordre de 90% quand il est correctement utilisé. En France, depuis décembre 2018, le préservatif EDEN® est remboursé par la sécurité sociale. (18)

Beaucoup de campagnes ont fait la promotion du « safe-sex » à travers l'abstinence sexuelle ou l'abstinence jusqu'au mariage, c'est le cas notamment aux États-Unis ou encore en Afrique Subsaharienne qui est une zone endémique très forte. (19)

4.1.6 *La circoncision*

La circoncision médicale volontaire diminue le risque de transmission du VIH. Plusieurs études ont démontré une baisse de 60% de l'incidence du VIH chez les hommes circoncis notamment une étude réalisée en Afrique Subsaharienne. L'OMS recommande cette pratique dans les zones de fortes endémies comme par exemple en Afrique Subsaharienne. En France, des traitements préventifs plus efficaces existent. Des lors, il paraît non-éthique de proposer cette technique alors que d'autres méthodes existent. (1)(20)

4.2 Le dépistage.

Le dépistage en France est disponible depuis 1985. La HAS recommande actuellement des dépistages systématiques dans certains groupes à risque :

- Tous les 3 ans chez les HSH.
- Tous les ans chez les UDI.
- Tous les ans chez les individus issus de zone à forte prévalence comme l'Afrique subsaharienne ou les caraïbes.

On recommande également un dépistage systématique chez tous les individus entre 15 et 70 ans. Le dépistage du VIH est également systématiquement proposé au cours de certains évènements de vie particulière, comme le diagnostic d'une IST, un diagnostic de tuberculose, également au cours d'un bilan de 1er trimestre de grossesse, lors de la prescription d'une IVG ou lors d'une incarcération. (21)

Le test ELISA est le test de référence, il est réalisé par prélèvement sanguin et il est proposé en cabinet de ville ou en hospitalier. Le test est fiable 6 semaines après le rapport à risque. Celui-ci est pris en charge à 100% par l'assurance maladie. Une fois le test ELISA positif, un western Blot est réalisé pour confirmer le diagnostic.

5. La PrEP

La PrEP est une stratégie de prévention du VIH lors d'une relation à risque. Elle s'adresse aux personnes qui ne sont pas atteintes du VIH. Elle consiste à prendre de manière continue ou discontinue une association de deux antirétroviraux, le Truvada® (Emtricitabine-Tenofovir). La PrEP prévient uniquement le VIH mais ne prévient pas des autres IST. La PrEP est recommandée chez l'adulte âgé de plus de 15ans fortement exposé au VIH. (22)

Le Truvada® a bénéficié premièrement d'une RTU (recommandation temporaire d'utilisation) avec remboursement par la sécurité sociale à partir du mois de janvier 2016. L'AMM a été donnée à partir de mars 2017. La prescription associe également des méthodes de prévention, telle la promotion du préservatif, le recours au dépistage régulier et la promotion de la connaissance du statut sérologique du partenaire. (22)

Elle s'adresse :

- Aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.
- Aux personnes originaires de régions où l'épidémie de VIH est très forte.
- Aux travailleuses-eurs du sexe.
- Aux usagers-es de drogues injectables.
- Aux personnes dont les partenaires sexuels-les appartiennent à ces populations.
- Aux personnes avec un nombre élevé de partenaire.
- Aux personnes n'utilisant pas le préservatif.
- Aux personnes ayant présenté des infections sexuellement transmissibles (IST) ou ayant eu recours au traitement d'urgence (TPE) dans les 12 derniers mois.

Plus globalement, toutes les personnes qui se sentent exposées au risque d'infection par le VIH peuvent demander la PrEP à un professionnel de santé. Depuis Juin 2021, elle peut être initiée par le médecin traitant en cabinet de ville.

Modalités de Prescription

La première consultation est très importante.

Il existe, pour le patient, deux modalités d'utilisation de la PrEP. Celui-ci peut être pris de manière journalière une fois par jour ou à la demande avant le rapport à risque.

Lors de la prescription de la PrEP, il convient également de faire la promotion des autres moyens de préventions tel le préservatif. Il faut rappeler au patient que la PrEP ne protège que du VIH et pas des autres IST. (16) (23)

Le patient doit être informé des effets indésirables, notamment sur le plan rénal.

Avant de prescrire la PrEP, une biologie comprenant une sérologie VIH, sérologie VHB, sérologie VHC, sérologie syphilis, une recherche de Chlamydia et Gonocoque, ainsi qu'un contrôle rénal et hépatique doit être réalisé. Un nouveau contrôle du VIH doit être réalisé à 1 mois. Après avoir obtenu deux sérologies VIH négatives, la PrEP peut être prescrite. (16) (23)

Le suivi du patient peut se faire tous les 3 mois, avec contrôle très régulier des autres IST sur le plan à la fois clinique et biologique. (23)

5.1 Différentes études réalisées sur la PrEP

Un grand nombre d'études a été réalisé à travers le monde. Toutes ces études montrent une très grande efficacité de la PrEP dans la lutte contre la transmission du VIH. Dans cette partie, je reprendrai certaines de ces études réalisées notamment en France et aux États-Unis.

Population étudiée	Essai	Réduction de l'incidence du VIH	Voie d'administration
Femme	CAPRISA004 FEM-PrEP	- 39% - 0%	- Ténofovir gel à la demande - Truvada® oral tous les jours
HSH ou Transgenre	IPERGAY PREVENIR IPREX PROUD	- 86% - 97% - 44% - 86%	Truvada® à la demande Truvada® a la demande Truvada® tous les jours Truvada® tous les jours
Hétérosexuel (homme ou femme)	TDF2	- 62%	- Ténofovir gel à la demande

5.1.1 Etude IPERGAY Franco-canadienne

Cet essai franco-canadien a été réalisé en deux phases. La première phase en double aveugle réalisée en 2012 comportait deux groupes : un groupe prenant le Truvada® selon le schéma de prise à la demande et un groupe avec le même schéma mais avec la prise d'un placebo. Les personnes incluses sont des HSH séronégatifs qui déclarent avoir eu des comportements à risque au cours des 6 mois précédents l'inclusion dans l'étude.

16 contaminations ont été enregistrées durant les deux ans d'études, 14 contaminations dans le groupe placebo et deux dans le groupe prenant le Truvada®. A noter que les deux personnes contaminées dans le groupe Truvada® après l'étude pharmacologique et le retour des comprimés témoignaient que leur observance était proche de zéro.

Le Truvada® diminue de 86% le risque d'être infecté par le VIH par rapport au groupe témoin dans cet essai IPERGAY.

Devant ces résultats, une seconde phase a débuté fin 2014. Tous les patients inclus dans l'étude prenaient le Truvada®, avec un schéma de prise à la demande. L'étude a permis de démontrer la bonne tolérance de la prise de PrEP, ainsi que la très bonne efficacité de la PrEP lors du schéma de prise à la demande. En effet, sur les 362 volontaires inclus, 1 seule personne, qui avait interrompu la prise de PrEP a été infectée par le virus durant la période de l'étude, de Novembre 2014 à Juin 2016. (24) (25)

5.1.2 *Étude PREVENIR*

Devant les bons résultats de l'étude IPERGAY, une seconde étude a été réalisée, l'étude PREVENIR. Elle a permis de suivre depuis mai 2017, 3000 personnes ; le suivi a duré environ 2 ans. L'étude a confirmé les bons résultats de l'étude IPERGAY, avec une utilisation de la PrEP dans des conditions plus « réelles » de vie. Au cours de cette étude, on a cependant observé une diminution de l'utilisation du préservatif, plus particulièrement chez les personnes ayant initié la PrEP pour la réalisation de l'étude. On a également observé une incidence assez élevée de l'hépatite C (0,7% participants par année) et également des IST d'origines bactériennes avec une incidence de l'ordre de 75,5% participants/année. (26)

Après 22 mois de suivi, l'incidence du VIH a été de 1,1 pour 1000 participants par année.

5.1.3 *Étude IPREX*

L'un des premiers essais réalisés sur les HSH et les transgenres est l'essai IPREX. Il regroupe une cohorte de 2500 participants recrutés dans plusieurs pays (États Unis, Afrique du Sud, Pérou, Brésil, Thaïlande). Cette étude montre une diminution significative de la transmission du VIH à 0,44 IC (0,15-0,63) avec un $p=0,005$. (27)

5.1.4 *Étude PROUD*

L'étude PROUD a été menée au Royaume Uni auprès des HSH et des femmes transgenres.

Dans l'étude, deux groupes ont été formés, un groupe recevant le Truvada® immédiatement et un groupe recevant le médicament un an plus tard. Le suivi a été identique dans les deux groupes. On a obtenu une réduction de la transmission de 86% pour un $p=0,0001$ après une année d'étude. (28)

5.1.5 *Étude TDF2*

Cette étude a été réalisée en Afrique chez des hommes et femmes avec un partenaire séropositif. Elle a suivi 1219 participants pendant un an. La réduction du risque est de 62% IC95 (21 - 83% $p=0,0133$). Chez les personnes où la preuve de la prise du médicament est établie, la réduction de la transmission est de 77,9% IC (41,2 - 93%, $p=0,0053$). (29)

5.1.6 *Étude CAPRISA 004*

Dans l'étude CAPRISA 004, l'essai a été réalisé sur des femmes de 18 à 40ans, en Afrique du Sud. Deux bras ont été formés, l'un recevant le gel tenofovir et le second groupe recevant un placebo. Les 2 gels étaient transparents, inodores et liquides. On retrouve une réduction de 0,39 (IC : 0,06-0,6 avec un $p=0,05$). Aucun changement des pratiques sexuelles n'a été retrouvé au cours de l'étude sauf une légère augmentation de l'utilisation du préservatif dans les deux groupes. (30)

5.1.7 Étude FEM PrEP

Cette étude cherchait à évaluer l'efficacité du Truvada® comme moyen de prévention chez les femmes africaines séronégatives. Cette étude a rapidement été arrêtée car les premiers résultats ne montraient pas de différence de transmission du VIH entre les deux bras.

Les raisons invoquées pour expliquer ces résultats sont une mauvaise observance du traitement ou encore une moindre efficacité de la PrEP Orale par rapport au gel (contrairement à l'étude CAPRISA 004) mais les études réalisées ultérieurement ont bien montré l'efficacité de la PrEP orale. L'absence d'efficacité était donc due à la mauvaise observance des participants. (31)

5.1.8 Méta-analyse de la tolérance de la PrEP

L'ensemble de ces études a montré une efficacité de la PrEP dans tous les groupes de populations cibles. Une méta-analyse a été réalisée sur l'ensemble des études concernant la PrEP. Cette méta-analyse a inclus plus de 15.000 patients. L'objectif était de retrouver une différence d'évènement indésirable entre les personnes prenant le traitement et le groupe témoin. L'analyse des 13 essais randomisés n'a pas montré de différence d'évènement indésirable entre le groupe prenant la PrEP et le groupe témoin. Il faudra plusieurs années d'utilisation de la PrEP en situation réelle pour confirmer la bonne tolérance du produit. (32)

5.2 Nombre de patients sous PrEP en France

5.2.2 Depuis 2016

Depuis la RTU de la PrEP, on dénombre plus de 40.000 initiations de Truvada® en France entre Janvier 2016 et Juin 2021. Parmi les patients qui ont bénéficié de la prescription de la PrEP, 44% résidaient en Ile de France. L'Ile de France concentre une grande majorité des patients mis sous PrEP.

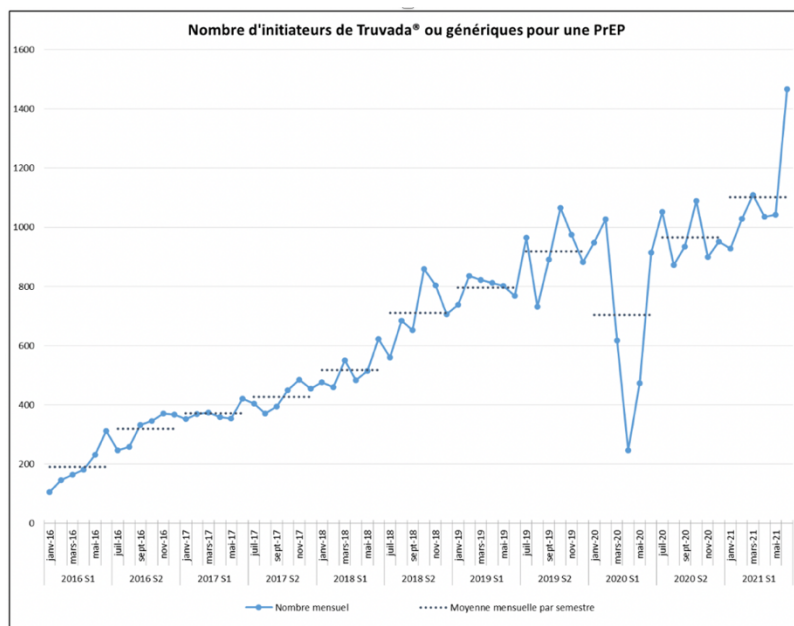


Figure 8 : Nombre de patients ayant initié un traitement par Truvada, entre 1^{er} janvier 2016 et le 30 Juin 2021

Sur le graphique, on remarque une augmentation constante des initiations de PrEP de Janvier 2016 jusqu'au confinement de mars 2020. La chute est très marquée de mars à juin 2020, période de confinement. Après la période de confinement, le taux de prescription de PrEP stagne autour des valeurs de la fin de l'année 2019. (33)

5.2.3 Depuis le covid

Au cours du premier confinement, on note à partir de mars, une chute des initiations de PrEP de l'ordre de 40 à 80%. Cette baisse s'explique par la moindre accessibilité aux centres de soins. A partir de Juin 2021, on note une nouvelle augmentation des initiations de PrEP, qui concorde avec la fin de la 3^{ème} vague et l'autorisation de prescription initiale aux médecins généralistes.

L'utilisation de la PrEP est encore fortement limitée au HSH, l'élargissement de la primo-prescription du Truvada® aux médecins généralistes a donc pour but de toucher une population plus large.

Ces données montrent l'impact majeur de la pandémie de COVID en matière de prévention, plus particulièrement sur l'usage de la PrEP. (33)

5.3 Freins à l'utilisation de la PrEP chez les patients

Au Canada, une étude a cherché à connaître les facteurs limitants l'utilisation de la PrEP. Au cours de l'étude, plusieurs freins ont été mis en évidence comme : (34)

- Le sentiment de ne pas être à risque.
- Ne pas considérer la PrEP comme totalement efficace.
- Ne pas avoir de fournisseur de soins primaires.
- Ne pas avoir d'assurance pour les médicaments.

On retrouve également des facteurs limitants comme une stigmatisation sociale liée à l'usage de la PrEP par la famille, les amis ou parfois les partenaires sexuels. (34)

En France, les freins liés au coûts, à l'accessibilité n'ont pas lieu d'être en dehors des migrants, ces derniers n'ayant pas toujours accès à une couverture sociale.

La stigmatisation peut être un vrai frein d'autant plus que, parmi la communauté scientifique, certains dénoncent la PrEP. Par exemple, Michel Weinstein, président de la fondation AIDS, associé la PrEP à une party drug « pilule des soirées festives ». En France le Pr Caumes voit la PrEP comme l'ouverture à toutes les dérives, et comme un risque de recrudescence de toutes les IST. (35) (36)

5.4 État des lieux sur les lieux de prescription de la PrEP en France

En France, les soins de premier recours sont assurés par les médecins généralistes. Ils assurent l'essentiel des dépistages organisés. Auparavant, le médecin traitant ne pouvait pas initier la PrEP, celle-ci devait être introduite dans un service de maladies infectieuses ou dans un CeGIDD.

Depuis juin 2021, les médecins de villes ont l'autorisation d'initier ce traitement. Cependant, au cours de mon internat en médecine générale, je n'ai vu aucun médecin de ville initier ou même renouveler le Truvada®. Peu d'études en France traitent de l'initiation et du renouvellement de la PrEP par le médecin généraliste. En tant que principal acteur de l'offre de soins de premiers recours, le médecin généraliste pourrait être un outil précieux dans l'élargissement de la prescription de la PrEP aux populations éligibles.

A ce jour, des études ont été réalisées en France, notamment qualitatives sur les freins à la prescription de la PrEP en médecine générale. Des études quantitatives ont été réalisées dans certaines régions de France comme la Bretagne, Rhône Alpes et l'Île de France. (37) (38) (39) (40)

Le but de mon étude est d'apprécier la perception de la PrEP chez les médecins généralistes de la Somme et les éventuels freins à sa prescription.

5.5 La PrEP injectable

Deux études cliniques ont été réalisées, sur l'utilisation de la PrEP sous forme injectable.

Chaque étude comparait la PrEP sous forme injectable, à la prise de PrEP sous forme orale. Le groupe sous PrEP injectable a d'abord eu lors de la première partie de l'étude, une phase préliminaire : Les patients ont reçu le Cabotégravir sous comprimé pour contrôler la tolérance. Le Cabotégravir s'administre tous les deux mois par voie intra-musculaire. Le schéma d'injection comprend une phase initiale de deux injections à 1 mois d'intervalle puis des injections tous les 2 mois en continu.

La première étude (HPT 083) a été menée sur 4570 personnes (homosexuels, bisexuels et transgenres) recrutées aux États unis, en Amérique du sud et en Afrique. Durant cette étude, 39 personnes ont été contaminées dans le groupe prenant la PrEP par voie orale contre 12 infections dans le groupe recevant l'injection. (41)

Une seconde étude (HPT 084), a été réalisée auprès de 3224 femmes cisgenres en Afrique subsaharienne. Durant cette étude, 4 infections ont été recensées chez le groupe PrEP injectable et 36 infections dans le groupe de prise de PrEP par voie orale. (42)

L'ensemble des contaminations observées au cours de ces études sont liées à un manque d'observance du médicament. Ces deux études montrent également la bonne tolérance de la PrEP sous forme injectable.

La PrEP sous forme injectable est déjà disponible aux États Unis. En France, la PrEP sous forme injectable est actuellement en cours d'évaluation.

6. Étude

6.1 Choix de l'étude

La PrEP est un outil récent en France ; l'autorisation de sa primo-prescription par le médecin généraliste n'est possible que depuis Juin 2021. La crise covid et le manque d'accessibilité aux soins durant l'épidémie de COVID a accéléré l'autorisation de sa primo-prescription en cabinet de ville.

L'étude cherche à connaître la perception des médecins généralistes de la Somme sur ce nouvel outil de prévention.

6.2 Matériel et méthode

6.2.1 Population étudiée

La population étudiée est composée de médecins exerçant en cabinet de ville, dans les différentes zones du territoire. Le questionnaire a été envoyé, par voie postale, à 300 médecins. Les médecins ont été sélectionnés par tirage au sort dans l'annuaire de la Somme. Il n'a pas été retenu de critère d'éligibilité.

79 personnes ont correctement répondu à mon courrier, soit un taux de participation de 26 %.

Le questionnaire n'a pas été déclaré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). En effet, l'étude était totalement anonymisée. Il n'est pas possible de retrouver les personnes ayant répondu au questionnaire.

6.2.1 Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir des questionnaires existants déjà dans la littérature et d'un travail personnel. (46) (47)

Il était également joint une fiche explicative sur la PrEP (annexe ci-joint), avec les résultats obtenus grâce à ce médicament dans les différentes études. Il était également détaillé les personnes concernées par ce médicament et les modalités de suivi des patients utilisant la PrEP.

Le questionnaire a été élaboré en trois parties.

- La première partie décrivait les caractéristiques du médecin (âge, sexe, milieu d'exercice) et déterminait si le médecin connaissait ou non l'existence de la PrEP.
- La seconde partie cherchait à déterminer la perception de ce médicament, à travers cinq questions plus subjectives.
- La dernière partie s'intéressait à l'implication du médecin dans le suivi des patients sous PrEP.

L'objectif de l'étude est de connaître la perception de la PrEP par les médecins généralistes de la Somme.

6.2.2 Analyse statistique des données

Le recueil des données a été fait par voie postale, avec récupération manuscrite de tous les questionnaires. L'ensemble des réponses a été reporté sur Excel pour l'analyse des résultats.

6.3 Résultats

6.3.1 Sex ratio

L'échantillon est constitué de 44 femmes (56 %) et de 35 hommes (44 %).

6.3.2 Age et lieux d'exercice.

Parmi les participants, on retrouve 33 médecins âgés de 25 à 40ans, 27 médecins âgés de 40 à 55 ans et 19 médecins âgés de plus de 55 ans.

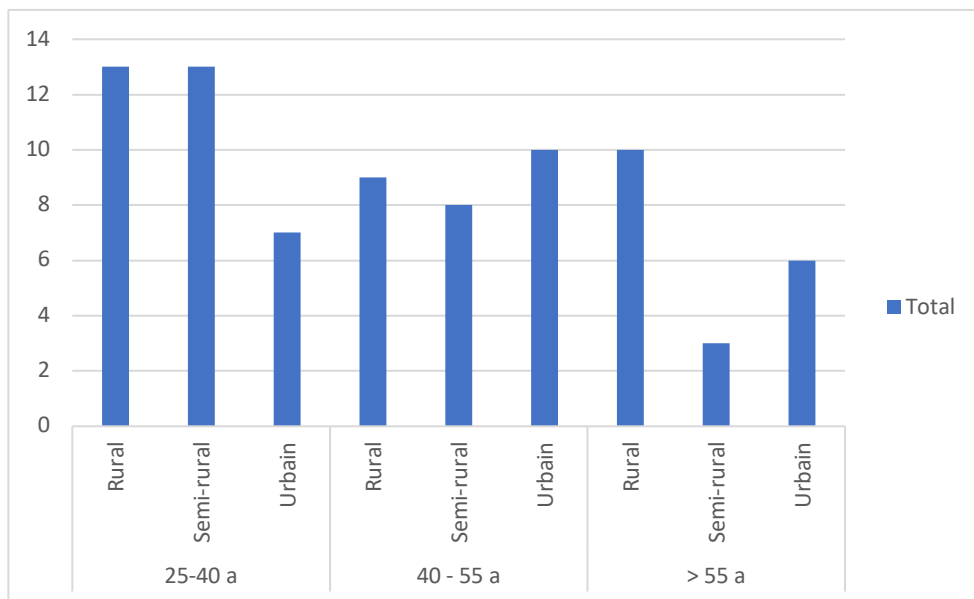


Figure 9 : Age en fonction du lieu d'exercice.

6.3.3 Facilité à aborder la santé sexuelle en fonction de l'âge.

Étiquettes de lignes	Aborde la sexualité avec les patients
25-40 a	33
Oui	7
Non	26
40 - 55 a	27
Oui	12
Non	15
> 55 a	19
Oui	11
Non	8
Total général	79

Tableau 1 : Capacité à aborder la sexualité avec les patients en fonction de l'âge.

Dans un premier temps, il était demandé aux participants s'ils abordaient facilement la santé sexuelle pendant leurs consultations. La réponse « pas du tout » et plutôt non » a été réunie en « non ». La réponse « plutôt oui » et « tout à fait » a été réunie en « oui ».

Dans le groupe des 25-40ans on retrouve 7 réponses « oui » et 26 réponses « non », dans les groupes des 40-55 ans on retrouve 12 réponses positives et 15 négatives et chez les plus de 55 ans, 11 médecins ont répondu « oui » et 8 médecins ont répondu « non ».

Un test χ^2 à 2 degrés de liberté a été réalisé, on retrouve un χ^2 à 7,378. On retrouve une différence significative entre les trois groupes avec une probabilité d'erreur inférieur à 5 %. Les médecins de plus de 55 ans ont plus de facilité à aborder la santé sexuelle que les médecins plus jeunes. Cette différence est d'autant plus marquée avec les médecins entre 25-40 ans.

6.3.4 Connaissance et expérience de la PrEP

Parmi les médecins interrogés, 51,90 % (n=41) ne connaissaient pas l'existence de la PrEP avant de débiter le questionnaire, contre 48,10 % (n= 38) qui connaissaient le médicament.

6.3.5 Médecins qui ont déjà initié et renouvelé la PrEP

Les médecins participants devaient indiquer s'ils avaient déjà initié la PrEP. On peut voir ici que 83 % des médecins généralistes n'ont jamais introduit cette thérapeutique. 9 % des médecins ayant répondu ont initié la PrEP qu'une seule fois et 8 % l'ont prescrite plusieurs fois.

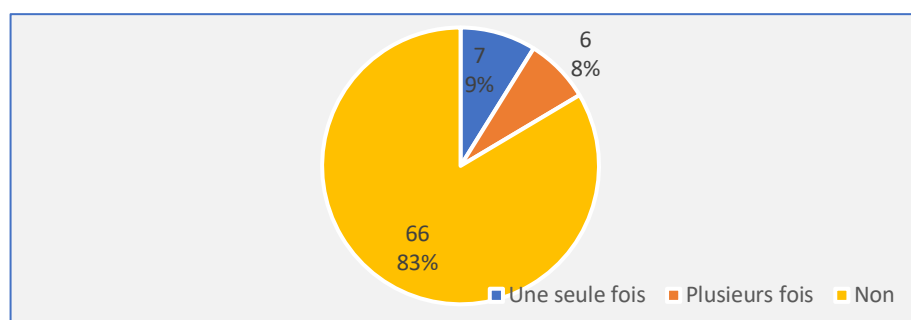


Figure 10 : Réponse à la question n° 6 : Avez-vous déjà initié une prescription de PrEP?

La proportion des médecins généralistes n'ayant jamais renouvelé la PrEP est quasiment identique au nombre de médecin n'ayant jamais initié le Truvada®. On retrouve 80 % de médecins généralistes n'ayant jamais renouvelé ce médicament. 16 % des médecins généralistes ont déjà renouvelé le Truvada®. Parmi ces 16 %, 2 % des médecins ont renouvelé ce traitement une seule fois.

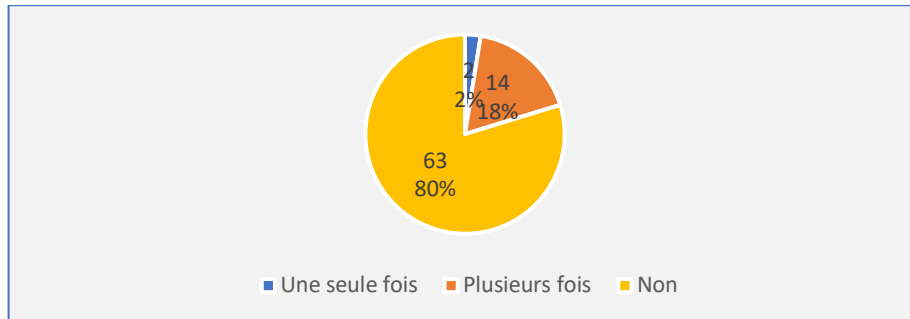


Figure 11 : Réponse à la question n°7 : Avez-vous déjà renouvelé une prescription de PrEP

6.3.6 Perception de la PrEP

La première question demandait si la PrEP favorise la transmission du virus (Figure 12). 60% étaient en désaccord avec cette proposition : 50 % « pas du tout » et 10 % « plutôt non ». 40 % des participants étaient en accord avec la question.

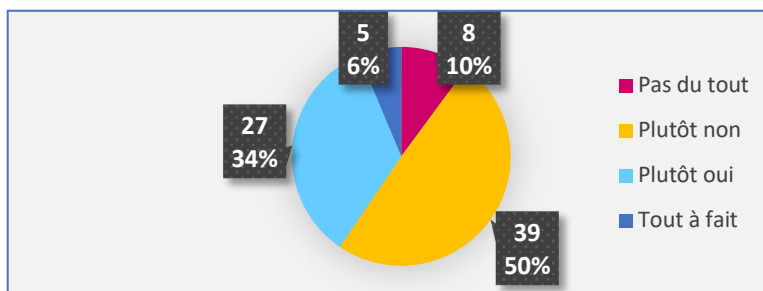


Figure 12 : Question n°12 : Pensez-vous que la PrEP favorise la transmission des autres IST

Dans la seconde question, les participants devaient indiquer si la PrEP favorise les comportements à risque chez les patients. 48 % des médecins étaient en désaccord avec cette proposition contre 52 % qui étaient en accord avec celle-ci.

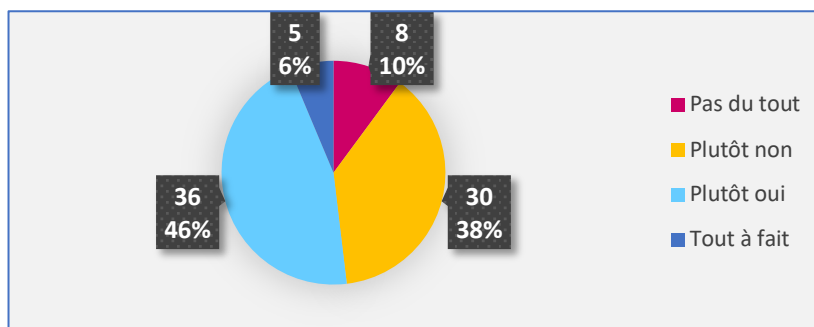


Figure 13 : Question N°13 : Pensez-vous que la PrEP favorise les comportements à risque chez les patients ?

Ensuite les participants donnaient leurs avis sur le remboursement de la PrEP par l'assurance maladie. La quasi-totalité des médecins trouve son remboursement normal, avec 87 % de médecins généralistes en faveur de son remboursement : 45 % ont répondu « tout à fait » et 42 % « plutôt oui ». 13 % des médecins généralistes sont en désaccord avec le remboursement de la PrEP par l'assurance maladie.

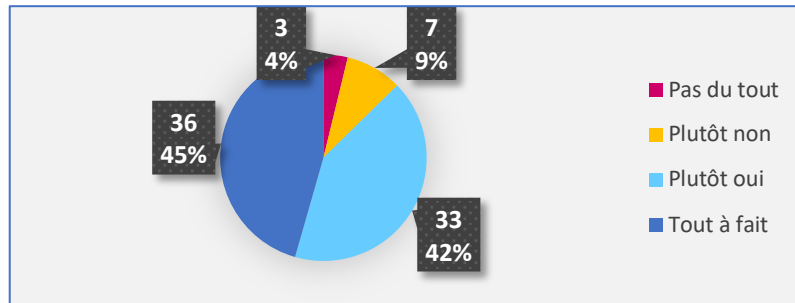


Figure 14 : Question n° 14 : Pensez-vous qu'il soit légitime que la PrEP soit remboursée à 100% par l'assurance maladie?

La question suivante demandait l'opinion des médecins sur la transmission des IST favorisée par ce médicament. 76 % dont 53 % « plutôt non » et 23 % « pas du tout » pensent que la PrEP ne favorise pas la recrudescence des IST. 24 % des personnes interrogées pensent qu'elle favorise la transmission d'IST avec 6 % « tout à fait » et 18 % « plutôt oui ».

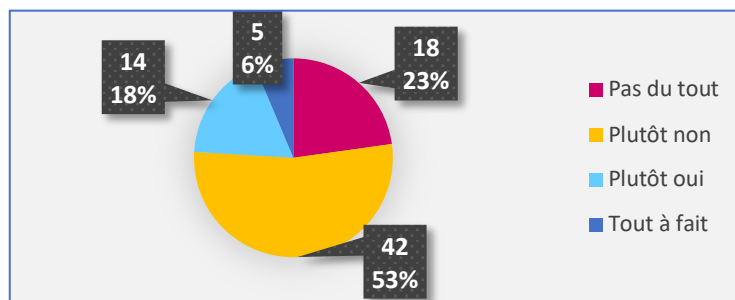


Figure 15 : Question n° 15 : Pensez-vous que la recrudescence des IST devrait limiter l'usage de la PrEP?

La dernière question demandait s'il fallait proposer la PrEP aux personnes à risque. 88 % des médecins interrogés dont 45 % « tout à fait » et 43 % « plutôt oui » pensent qu'il faut proposer ce médicament aux populations à risques. Seules 12 % des médecins ne sont pas en faveur de cette proposition.

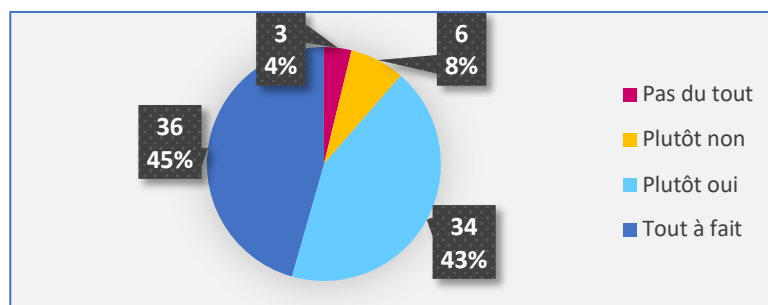


Figure 16 : Question n° 16 : Pensez-vous qu'il soit intéressant de proposer la PrEP chez des personnes avec un comportement à risque ?

6.3.7 Scores notés de Perception de la PrEP

Un score a été réalisé à l'aide des 5 questions les plus subjectives sur la PrEP (question n° 12 à 16). Les réponses ont été notées de 1 à 4 et la valeur est d'autant plus haute que les personnes interrogées sont favorables à la PrEP. La somme de chaque réponse a permis d'attribuer à chaque participant une note de 5 à 20. La moyenne est de 17,8 pour l'ensemble des participants.

Étiquettes de lignes	Moyenne de Score de Perception	Écart-type de Score de Perception
Rural	17,063	3,991
Semi-rural	18,333	2,665
Urbain	18,261	3,107
Total général	17,797	3,394

Tableau n°2 : Score de perception en fonction du lieu d'exercice

On retrouve un score de perception de 17,1 pour les médecins exerçant en milieu rural, un score de 18,3 pour les médecins exerçant en milieu semi-rural et un score de 18,3 pour les médecins exerçant en milieu urbain.

On ne retrouve pas de différence significative sur le score de perception entre les différents groupes.

Étiquettes de lignes	Moyenne de Score de Perception	Écart-type de Score de Perception
Femme	18,318	3,161
Homme	17,143	3,607
Total général	17,797	3,394

Tableau n°3 : Score de perception en fonction du sexe

Le score de perception chez les femmes est de 18,3 et de 17,1 chez les hommes. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

Étiquettes de lignes	Moyenne de Score de Perception	Écart-type de Score de Perception
> 55 a	16,632	4,597
25-40 a	18,091	3,357
40 - 55 a	18,259	2,177
Total général	17,797	3,394

Tableau N°4 : Score de perception en fonction de l'âge

Le score de perception de la PrEP est de 16,6 chez les médecins de plus de 55 ans. Il est de 18,1 chez les médecins de 25 à 40ans et de 18,3 chez les médecins de 40 à 55 ans. On ne retrouve pas de différence significative entre les différents groupes.

6.3.8 Implication des médecins dans le suivi des personnes sous PrEP

Dans la question numéro 17 concernant l'implication des médecins dans le suivi des patients sous PrEP, on peut voir que 80% des médecins y sont favorables avec 43 % qui ont répondu « tout-à-fait » et 37 % qui ont répondu « plutôt oui ». On voit, à la question suivante que 87 % des médecins sont prêts à renouveler ponctuellement la PrEP.

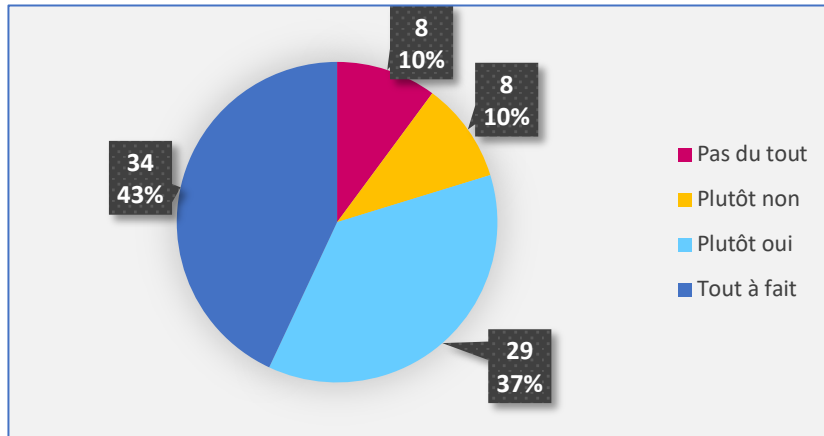


Figure n°17 : Question n°17 : Êtes-vous favorable à l'implication des médecins généralistes dans le suivi des personnes sous PrEP ?

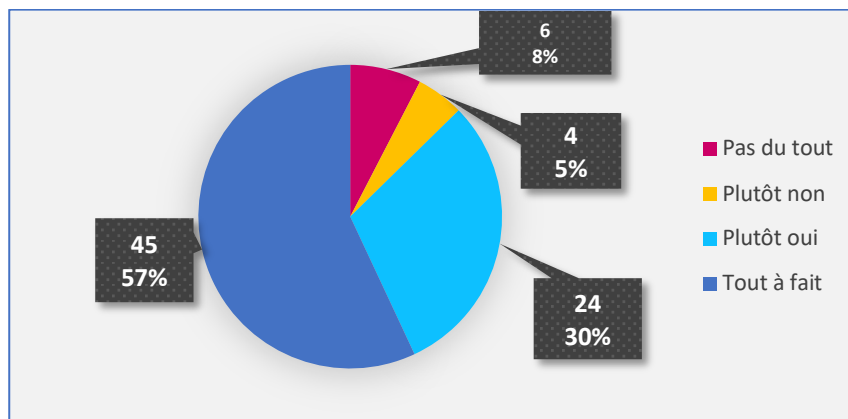


Figure n°18 : Question n°18 : Êtes-vous disposé à renouveler ponctuellement une prescription de PrEP ?

6.3.9 Temps de consultation en médecine générale

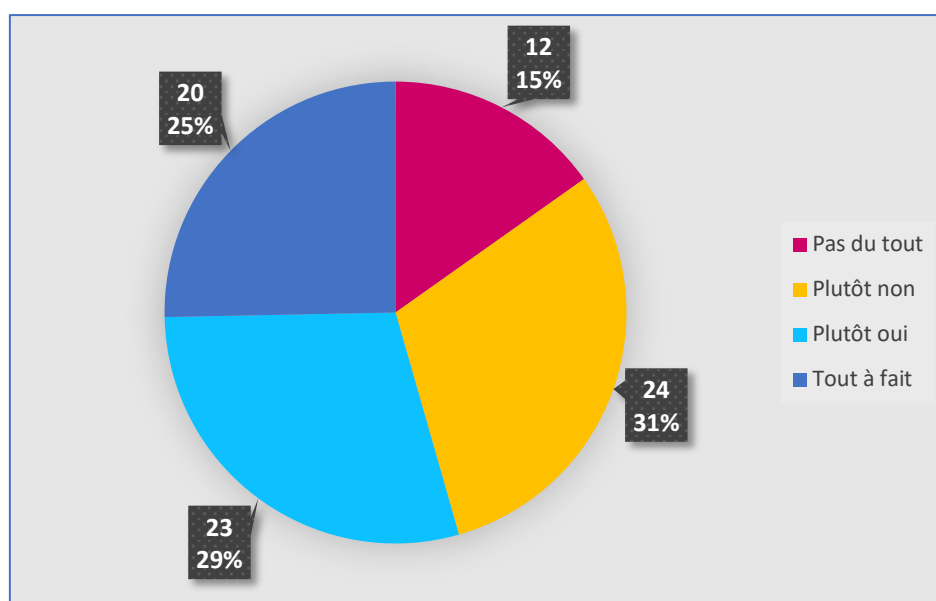


Figure n°19 : Question N°19 : Le temps de consultation limité en cabinet de ville peut-il être un frein à la prescription ?

A la question numéro 19, on peut voir que 54% des médecins généralistes pensent que le temps de consultation, en médecine générale, est un frein à la prescription de la PrEP, avec 25% de « tout à fait » et 29% « plutôt oui ».

6.4 Discussion

6.4.1 Caractéristique des médecins qui ont répondu au questionnaire

L'échantillon est constitué de 44 femmes (56 %) et de 35 hommes (44 %), soit un Sex ratio H/F de 0,8.

L'âge des participants était relativement homogène, avec 33 médecins âgés de 25 à 40ans, 27 médecins âgés de 40 à 55 ans et 19 médecins âgés de plus de 55 ans. L'étude a été réalisée uniquement sur des médecins généralistes de la Somme.

Les différentes zones d'exercice étaient représentées par 23 médecins travaillant en milieu urbain, 24 médecins travaillant en zone semi rurale et 32 médecins en zone rurale.

6.4.2 Connaissance de la PrEP

Dans l'étude, 83% des médecins interrogés n'ont jamais initié la PrEP et 80% des médecins interrogés n'ont jamais renouvelé ce médicament. Ces résultats sont concordant avec le fait que 52% des médecins généralistes interrogés ne connaissaient pas l'existence de cette thérapeutique.

Dans l'étude, 48% des médecins généralistes connaissaient l'existence de la PrEP. Beaucoup d'autres études ont été réalisées en France, avec notamment une étude réalisée à Grenoble où 89% des médecins généralistes connaissaient l'existence de la PrEP (39).

Une autre étude réalisée par le docteur Thibaut Chiarabini sur l'ensemble du territoire obtenait un pourcentage de 66 % de médecins qui connaissaient la PrEP (40). D'autres études, effectuées en Seine-Saint-Denis et à Montpellier, réalisées respectivement par le Docteur Foka TICHOUÉ Denis et du Dr VILLENEUVE, retrouvaient des résultats de l'ordre de 65% (45) (46).

Les médecins, exerçant dans les grandes villes, sont peut-être plus concernés par la prévention du VIH. Ils sont plus nombreux à connaître l'existence de la PrEP.

Dans mon étude, une fiche informative sur la PrEP était fournie avec le questionnaire. Chaque médecin répondant au questionnaire pouvait donc disposer des informations nécessaires à l'indication et aux modalités de prescription du Truvada®.

Cette faible connaissance peut s'expliquer par la commercialisation récente du médicament. L'autorisation de primo prescription par le médecin généraliste n'est possible que depuis Juin 2021.

6.4.3 Perception de la PrEP.

Un score de perception a été réalisé, en notant l'ensemble de ses questions de 1 à 4. Les 5 questions étaient : « Pensez-vous que la PrEP favorise la transmission des autres IST? » ; « Pensez-vous que la PrEP favorise les comportements à risque chez les patients ? » ; « Pensez-vous qu'il soit légitime que la PrEP soit remboursée à 100 % par l'assurance maladie? » ; « Pensez-vous que la recrudescence des IST devrait limiter l'usage de la PrEP? » ; « Pensez-vous qu'il soit intéressant de proposer la PrEP chez des personnes avec un comportement à risque? ».

On peut remarquer que la perception de la PrEP chez les médecins généralistes est excellente. On retrouve un score de perception de la PrEP proche de 18, avec un maximum de 20 et un minimum de 5.

On ne retrouve pas de différence significative lorsque l'on calcule le score de perception en fonction de l'âge, du lieu d'exercice et du sexe.

On peut toutefois noter un meilleur score de perception chez les médecins exerçant en milieu urbain par rapport aux médecins exerçant en milieu rural. Cette différence non significative peut être due à un manque de puissance de l'étude ou à une fluctuation d'échantillonnage.

Malgré un relatif manque de connaissance du médicament, l'étude montre que la perception de la PrEP est bonne en médecine de ville. L'élargissement de la prescription de cette thérapeutique ne sera donc pas freiné par une mauvaise perception de celle-ci par les médecins de ville.

Une étude a également été réalisée sur le coût économique de la PrEP notamment lors de l'étude IPERGAY. Selon cette dernière, cette thérapeutique n'entraîne pas de surcoût économique pour la sécurité sociale(47).

6.4.4 Implication des médecins dans le suivi et sexualité

Dans mon étude, 38 % des médecins généralistes abordent la sexualité de leur patient durant les consultations. Il est intéressant d'observer que la proportion des médecins généralistes qui abordent la santé sexuelle est plus importante chez les médecins généralistes dont l'âge est supérieur à 55ans. On retrouve une différence significative entre le groupe des médecins de plus de 55 ans et les autres groupes d'âge plus jeune. Les médecins généralistes de plus de 55ans détecteront plus facilement les patients potentiellement à risque d'infection.

Dans l'étude, on remarque que 80 % (n= 63) des médecins généralistes sont prêts à suivre les patients sous ce médicament et que 87 % (n= 69) renouvelleraient cette bithérapie.

6.4.5 Frein à la prescription de la PrEP en médecine générale

Le manque de temps de consultation au cabinet, le risque de majoration de transmission des autres IST, le risque de majoration des comportements à risque, le manque de connaissance de cette thérapeutique et la difficulté à aborder la santé sexuelle sont les principaux freins retrouvés au cours de cette étude.

L'étude nationale, réalisée en 2018, concorde également avec les freins retrouvés dans cette étude. Elle évoquait notamment un manque de temps de consultation, associé parfois à une difficulté à aborder la santé sexuelle (40).

Malgré ces freins, on constate que le score de perception est très bon chez les médecins généralistes quel que soit l'âge, le lieu d'exercice et le sexe des médecins.

La Perception de la PrEP est probablement également influencée par d'autres facteurs tels l'éducation du médecin, ses croyances et son orientation sexuelle. Le recueil de ces données lors de la diffusion d'un questionnaire est sujet à controverse.

6.5 Limite de l'étude.

Manque de puissance

Seules 79 personnes ont répondu aux questionnaires. Ce taux de réponse limite la puissance de l'étude. L'absence de différence significative du score de perception, entre les différents sous-groupes, pourrait être due à ce manque de puissance.

L'envoi des questionnaires par voie postale, en prenant au hasard les médecins dans l'annuaire, n'a pas entraîné de biais de recrutement.

Biais de sélection

Les médecins généralistes, qui ont répondu aux questionnaires, étaient probablement plus sensibles à cette problématique de santé publique que les médecins qui n'ont pas répondu à mon courrier, cela pouvant probablement entraîner un biais de sélection.

CONCLUSION

Malgré les progrès en matière de dépistage et de traitement du VIH, l'objectif de zéro transmission VIH à l'échelle 2030, fixé par l'OMS, reste un objectif difficile à atteindre

En France, l'élargissement de sa primo prescription aux médecins généralistes permettra probablement d'augmenter la diffusion de la PrEP. L'étude montre que la perception de la PrEP est bonne. Le manque de connaissance et de temps de consultation pourrait être un frein. Une consultation, spécialement dédiée à la PrEP, pourrait permettre de dégager du temps pour aborder cette problématique.

Avec les maisons de santé, la formation d'un seul médecin au sein d'une MSP peut permettre de toucher les patients éligibles. Les patients consultant au sein de la MSP pourraient être orientés vers le médecin formé au sein du cabinet ce qui pourrait permettre d'avoir, sur l'ensemble du territoire, des médecins formés à cette problématique.

On observe déjà, depuis 2020, une augmentation de la prescription dans notre pays. Dans les prochaines années, les médecins généralistes seront certainement les premiers prescripteurs de PrEP en France, ce qui permettra, possiblement, de tendre vers l'objectif de zéro transmission du VIH à l'horizon 2030.

A l'échelle mondiale, le contexte géo politique, de plus en plus incertain, l'arrivée des conflits interétatiques, plongent des populations dans la pauvreté. Ces changements vont entraîner une diminution de la lutte contre le VIH, cette lutte risque de devenir secondaire dans certaines régions du monde. L'objectif de l'OMS donne un cap, mais il ne semble pas atteignable, en l'état, à l'échelle mondiale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fiche d'information — Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida [Internet]. [cité 4 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
2. 90-90-90 treatment target | ONUSIDA [Internet]. [cité 4 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/90-90-90>
3. Chrono VIH Sidaction. [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.sidaction.org/chrono-vih>
4. Inserm [Internet]. [cité 6 nov 2023]. Sida et VIH · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/sida-et-vih/>
5. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) - Maladies infectieuses [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 4 déc 2022].
6. Le virus du sida [Internet]. Planet-Vie. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://planet-vie.ens.fr/thematiques/microbiologie/virologie/le-virus-du-sida>
7. Costagliola. D, Cazein F, Lot F, Lydie N, Velter A. Tendances et contribution de la prévention combinée (dépistage, traitement antirétroviral des PVVIH, prévention par le préservatif et la PrEP). 2020.
8. Effet de la pandémie COVID-19, le nombre de dépistages et de nouveaux diagnostics du VIH est en baisse en 2020. Connaître son statut sérologique, c'est accéder au plus tôt aux traitements et à leur effet préventif [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/effet-de-la-pandemie-covid-19-le-nombre-de-depistages-et-de-nouveaux-diagnostics-du-vih-est-en-baisse-en-2020.-connaître-son-statut-serologique-c>
9. Les chiffres mondiaux du VIH: des progrès et des défis [Internet]. vih.org. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://vih.org/20170721/les-chiffres-mondiaux-du-vih-des-progres-et-des-defis/>
10. Prévention du VIH | ONUSIDA [Internet]. [cité 4 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/topic/prevention>
11. prévention de la transmission materno-fœtale (TMF) du VIH [Internet]. CHU de Nantes. [cité 4 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/prevention-de-la-transmission-materno-f-tale-tmf-du-vih>
12. Sida P. Que faire si vous avez pris un risque d'être infecté·e par le VIH ? | Plate-Forme Prévention Sida [Internet]. [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: <https://preventionsida.org/fr/traitement/vih/tpe-traitement-post-exposition/>
13. Traitement médicamenteux de l'infection par le VIH - Maladies infectieuses [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 4 déc 2022].
14. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. 12 juill 2016;316(2):171.
15. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. The Lancet. juin 2019;393(10189):2428-38.
16. Sida P. La PrEP : le traitement préventif pour les personnes très exposées au VIH | Plate-Forme Prévention Sida [Internet]. [cité 4 déc 2022]. Disponible sur: <https://preventionsida.org/fr/protection/la-prep/>
17. Regional Committee for Europe 61st session. Sixty-first Regional Committee for Europe: Baku, 12–15 September 2011: European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015 [Internet]. Baku: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2011 [cité 4 déc

- 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336045>
18. EDEN [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2856480/fr/eden
 19. Lo NC, Lowe A, Bendavid E. Abstinence Funding Was Not Associated With Reductions In HIV Risk Behavior In Sub-Saharan Africa. *Health Aff Proj Hope*. 1 mai 2016;35(5):856-63.
 20. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A. Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial. 25 oct 2005;2(11):e298.
 21. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france
 22. BILLIOTI DE GAGE S, DRAY-SPIRA R marie. Etude Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir du SNIIRAM [Internet]. Direction Produits INFHEP de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé; 2017. Disponible sur: https://archiveansm.integra.fr/var/ansm_site/storage/original/application/8920bfaee846e6ea504e24db469741c2.pdf
 23. La PrEP, mode d'emploi [Internet]. Sidaction. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.sidaction.org/actualites/la-prep-mode-demploi-572>
 24. Ipergay, premier essai de Prep «à la demande» chez les gays [Internet]. vih.org. [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: <https://vih.org/dossier/ipergay-premier-essai-de-prep-a-la-demande-chez-les-gays/>
 25. Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 3 déc 2015;373(23):2237-46.
 26. Molina JM, Ghosn J, Assoumou L, Delaugerre C, Algarte-Genin M, Pialoux G, et al. Daily and on-demand HIV pre-exposure prophylaxis with emtricitabine and tenofovir disoproxil (ANRS PREVENIR): a prospective observational cohort study. *Lancet HIV*. 1 août 2022;9(8):e554-62.
 27. 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.
 28. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet Lond Engl*. 2 janv 2016;387(10013):53-60.
 29. Gust DA, Soud F, Hardnett F, Malotte CK, Rose C, Kebaabetswe P, et al. Evaluation of sexual risk behavior among study participants in the TDF2 PrEP study among heterosexual adults in Botswana. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 15 déc 2016;73(5):556-63.
 30. Mansoor LE. Adherence in the CAPRISA 004 Tenofovir Gel Microbicide Trial. *AIDS Behav*. mai 2014;18(5):811-9.
 31. Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, Agot K, Lombaard J, Kapiga S, et al. Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. *N Engl J Med*. 2 août 2012;367(5):411-22.
 32. Pilkington V, Hill A, Hughes S, Nwokolo N, Pozniak A. How safe is TDF/FTC as PrEP? A systematic review and meta-analysis of the risk of adverse events in 13 randomised trials of PrEP. *J Virus Erad*. 4(4):215-24.
 33. Suivi de l'utilisation de la PrEP au VIH [Internet]. EPI-PHARE. 2021 [cité 27 nov

- 2022]. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2021/>
34. Cox J, Apelian H, Moodie EEM, Messier-Peet M, Hart TA, Grace D, et al. Use of HIV pre-exposure prophylaxis among urban Canadian gay, bisexual and other men who have sex with men: a cross-sectional analysis of the Engage cohort study. *CMAJ Open*. 2021;9(2):E529-38.
35. Pr Caumes : « Les dérives de la PrEP sont une porte ouverte à l'émergence de nouvelles maladies » - L'Express [Internet]. [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/sciences-sante/sciences/pr-caumes-les-derives-de-la-prep-sont-une-porte-ouverte-a-l-emergence-de-nouvelles-maladies_2182276.html
36. Why Michael Weinstein Gets Blamed for PrEP Myths [Internet]. 2016 [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: <http://www.hivplusmag.com/prevention/2016/2/04/why-michael-weinstein-gets-blamed-prep-myths>
37. Sandra C. Enquête sur les connaissances et perceptions des Médecins Généralistes du Maine-et-Loire concernant la PrEP (Prophylaxie pré-Exposition au VIH) en 2018.
38. Quicray S. Etude des freins à la prescription initiale de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par les médecins généralistes de Bretagne : une étude quantitative. 30 juin 2021;56.
39. Kimiaï M. La PrEP et les médecins généralistes en France: quelles perceptions, quelles appropriations?
40. Santé E. Prévention du VIH [Internet]. Info-VIH. [cité 4 juin 2023]. Disponible sur: <https://info-vih.com/prevention/>
- 41; Landovitz RJ, Donnell D, Clement ME, Hanscom B, Cottle L, Coelho L, et al. Cabotegravir for HIV Prevention in Cisgender Men and Transgender Women. *N Engl J Med*. 12 août 2021;385(7):595-608.
42. Delany-Moretlwe S, Hughes JP, Bock P, Ouma SG, Hunidzarira P, Kalonji D, et al. Cabotegravir for the prevention of HIV-1 in women: results from HPTN 084, a phase 3, randomised clinical trial. *The Lancet*. mai 2022;399(10337):1779-89.
43. Chiarabini T, Lacombe K, Valin N. Prophylaxie préexposition au VIH (PrEP) en médecine générale : existe-t-il des freins ? *Santé Publique*. 2021;33(1):101-12.
44. Gilles M, Tetart M, Huleux T, Thill P, Desmurs BL, Meybeck A, et al. Connaissances des médecins généralistes en matière de prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH en 2020. *Médecine Mal Infect Form*. 1 juin 2022;1(2, Supplement):S132.
45. H. Foka Tichoue, Thèse : Etude des freins à l'appropriation Pré-Exposition au VIH (PrEP) en soins premiers : Enquête auprès des médecins généralistes dans le département de la Seine-Saint-Denis, Université PARIS EST CRETEIL, 2018.
46. Villeneuve F. PREP à Montpellier. Université de Montpellier UFR Médecine. Diplôme d'Etat - Médecine : 2019 [Internet]. 2019 [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: <https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2019MO NT1183>.
47. Durand-Zaleski I, Mutuon P, Charreau I, Tremblay C, Rojas D, Pialoux G, et al. Costs and benefits of on-demand HIV preexposure prophylaxis in MSM. *AIDS*. 2 janv 2018;32(1):95-102.

ANNEXE

État des lieux des connaissances et des représentations des médecins généralistes sur la PrEP depuis l'initiation de sa prescription en médecine de ville.

Bonjour, je suis Quentin Delignières et je suis interne en médecine générale. Je réalise ce questionnaire dans le cadre de ma thèse. Dans mon courrier, vous trouverez ci-joint une enveloppe pré timbrée. Je vous remercie par avance d'avoir répondu à ce questionnaire, indispensable à la validation de ma thèse.

Qu'est ce que la PREP?

- La PREP est une stratégie de prévention du VIH lors de relations à risque. Elle s'adresse aux personnes qui ne sont pas atteintes du VIH. Elle consiste à prendre de manière continue ou discontinue une association de deux antirétroviraux, le Truvada® (Emtricitabine-Tenofovir). La PREP prévient uniquement le VIH mais ne prévient pas des autres IST. La PREP est recommandée chez l'adulte > 15 ans fortement exposé au VIH. Elle est entièrement remboursée par la sécurité sociale.

Elle s'adresse

- Aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
- Aux personnes originaires de régions où l'épidémie de VIH est très forte - Aux travailleuses-eurs du sexe
- Aux usagers-es de drogues injectables
- Aux personnes dont les partenaires sexuels-les appartiennent à ces populations
- Aux personnes avec un nombre élevé de partenaire
- Aux personnes n'utilisant pas le préservatif
- Aux personnes ayant présentés aux infections sexuellement transmissibles (IST) ou ayant eu recours au traitement d'urgence (TPE) dans les 12 derniers mois.

Plus globalement, toute personne se sentant exposée au risque d'infection par le VIH peut demander la PREP à un-e professionnel-le de santé.

Depuis Juin 2021, elle peut être initiée par le médecin traitant en cabinet de ville.

Pourquoi la PrEP?

La PrEP a contribué à la baisse inédite des contaminations dans plusieurs régions du monde où elle a été déployée:

- à San Francisco, le nombre de nouveaux cas de VIH a chuté de 49 % entre 2012 (année où la PrEP a été autorisée aux Etats-Unis) et 2016
- au Royaume-Uni, le nombre de nouveaux cas de VIH a chuté de 18 % entre 2015 et 2016. Cette baisse est encore plus impressionnante chez les HSH à Londres (- 29 %)
- à Paris, le nombre de nouveaux cas de VIH a chuté de 16 % entre 2015 et 2018. Dans ce cas aussi, la baisse est encore plus importante chez les HSH (- 22 %) et en particulier chez les gens nés en France.

Initiation de la PrEP

- Explication sur la prise journalière 1/jour ou sur le schéma discontinue (2cp 2h à 24h avant le comportement à risque puis 1 comprimé 24heures après le comportement et 48 heures après le comportement à risque).
- Rattrapage vaccinal.
- Promotion des autres moyens de prévention des IST: promotion du préservatif
- Information sur le risque d'altération de la fonction rénale en cas de prise concomitante d'AINS. - Bilan avant l'introduction du traitement: sérologie VIH (contrôle à 1 mois), *VHB, VHC, syphilis, chamydiae et gonocoque*, fonction rénale et hépatique
- 1ère prescription pour 1 mois (pour contrôle VIH à 1 mois ++)

1. **Vous êtes:**
 Homme Femme
2. **Votre tranche d'âge**
 25-40 ans 40-55ans > 55ans
3. **Votre milieu d'exercice:**
 Rural Semi-rural Urbain
4. **Votre lieu d'exercice**
 Somme Aisne Oise Autre département
5. **Connaissez-vous les modalités de prescription et de suivi de la PrEP avant de lire * ce questionnaire?**
 Oui Non
6. **Avez-vous déjà` initié une prescription de PrEP?**
 Une seule fois Plusieurs fois Non
7. **Avez-vous déjà` renouvelé` une prescription de PrEP?**
 Une seule fois Plusieurs fois Non
8. **Avez-vous reçu une formation sur la PrEP?**
 Formation en ligne Formation en présentiel Aucune formation
9. **Abordez-vous facilement le sujet de la sexualité` avec vos patients?**
 Tout à fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
10. **Avez-vous déjà` eu une demande de PrEP en consultation?**
 Oui Non
11. **Pensez-vous avoir des personnes éligibles à la PrEP dans votre patientèle?**
 Oui Non
12. **Pensez-vous que la PrEP favorise la transmission des autres IST?**
 Tout à fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
13. **Pensez-vous que la PrEP favorise les comportements à risque chez les patients?**
 Tout à fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
14. **Pense- vous qu'il soit légitime que la PrEP soit remboursée à 100% par l'assurance maladie?**
 Tout à fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
15. **Pensez-vous que la recrudescence des IST devrait limiter l'usage de la PrEP?**
 Tout à fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout

16. Pensez-vous qu'il soit intéressant de proposer la PrEP chez des personnes avec un comportement à risque?

Tout à fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout

17. Êtes-vous favorable à l'implication des médecins généralistes dans le suivi des personnes sous PrEP?

Tout à fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout

18. Êtes-vous disposé à renouveler ponctuellement un prescription de PrEP?

Tout à fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout

19. Le temps de consultation limité en cabinet de ville peut-il être un frein à la prescription de la PrEP?

Tout à fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout

RESUME

État des lieux des connaissances et des représentations des médecins généralistes sur la PrEP.

INTRODUCTION : La PrEP (prophylaxie préexposition au VIH) lutte contre la transmission du VIH. Depuis Juin 2021, la primo-prescription est autorisée en médecine de ville. Cette étude a pour objectif de connaître la perception de la PrEP, ainsi que les freins à sa prescription.

MATERIEL ET METHODE : C'est une étude quantitative observationnelle à visée descriptive. Le questionnaire a été envoyé par voie postale à 300 médecins de la Somme. Les médecins ont été sélectionnés par tirage au sort dans l'annuaire de la Somme. Il n'a pas été retenu de critère d'éligibilité.

RESULTATS : 79 personnes ont correctement répondu à mon courrier, soit au taux de participation de 26 %. 52% des médecins ne connaissaient pas l'existence de la PrEP. 40% pensent que la PrEP favorise la transmission des IST et 52% pensent que la PrEP favorise les comportements à risque chez les patients. 88% des médecins généralistes pensent qu'ils aient intéressant de proposer la PrEP au patient à risque. Le score de perception de la PrEP est à 17,8 sur 20.

DISCUSSION : Les principaux freins à sa prescription évoqués est un manque de temps en consultation, le risque de majoration de transmission des autres IST et des comportements à risque ainsi que le manque de connaissance de cette thérapeutique. On remarque également que la difficulté à aborder la santé sexuelle chez les patients est un frein important, d'autant plus important chez les jeunes médecins.

Mot-clés : PrEP, VIH, prévention VIH, prophylaxie pré-exposition.

Current state of knowledge and representations of general practitioners on PrEP.

OBJECTIVE: PrEP (HIV pre-exposure prophylaxis) fights the transmission of HIV. Since June 2021, first-time prescription has been authorized in community medicine. This study aimed to understand the perception of PrEP, as well as the obstacles to its prescription.

METHODS: This is a quantitative observational study with a descriptive aim. The questionnaire was sent by post to 300 doctors in the Somme. The doctors were selected at random from the Somme directory. No eligibility criteria were adopted.

RESULTS: 79 people correctly responded to my letter, representing a participation rate of 26%. 52% of doctors did not know about the existence of PrEP. 40% think that PrEP promotes the transmission of STIs and 52% think that PrEP promotes risky behavior in patients. 88% of general practitioners think it would be beneficial to offer PrEP to patients at risk. The PrEP perception score is 17.8 out of 20.

DISCUSSION: The main obstacles to its prescription mentioned are a lack of time in consultation, the risk of increased transmission of other STIs and risky behaviors as well as the lack of knowledge of this therapy. We also note that the difficulty in addressing sexual health among patients is a significant obstacle, especially among young doctors. Despite these obstacles, we note that the perception score is very good among general practitioners regardless of the age, place of practice and gender of the doctors.