



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prophylaxie Pré-Exposition au VIH (PrEP) :  
Ressentis des médecins généralistes des Hauts de France suite à  
l'extension de la primo-prescription à tous les médecins**

Présentée et soutenue publiquement le 9 juin 2022 à 18h  
au Pôle Formation  
par **Caroline LEROY**

---

## **JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Eric SENNEVILLE**

**Asseseurs :**

**Monsieur le Docteur Olivier ROBINEAU**

**Madame la Docteure Judith OLLIVON**

**Directrice de thèse :**

**Madame la Docteure Macha TETART**

---

## **AVERTISSEMENT**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## Liste des abréviations

- AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché
- AUEC** : Attestation Universitaire d'Enseignement Complémentaire
- CCP** : Consultation Contraception et Prévention
- CDC** : Center for Disease Control and prevention
- CeGIDD** : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CNGE** : Collège National des Généralistes Enseignants
- CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- COREQ** : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
- COREVIH** : Comité de coordination régionale de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine
- DIU** : Diplôme Inter-Universitaire
- DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- DU** : Diplôme Universitaire
- ECN** : Epreuves Classantes Nationales
- FMC** : Formation Médicale Continue
- FMM** : Faculté de Médecine et de Maïeutique
- GROUM.F** : GROupe Universitaire de Recherche qualitative Médicale Francophone
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- HPV** : Papillomavirus Humain
- HSH** : Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
- IST** : Infection Sexuellement Transmissibles
- JNI** : Journées Nationales d'Infectiologie
- NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
- OMS** : Organisation mondiale de la santé

**PrEP** : Prophylaxie Pré-Exposition

**RGPD** : Règlement Général sur la Protection des Données

**RTU** : Recommandation Temporaire d'Utilisation

**SFLS** : Société Française de Lutte contre le Sida

**SIDA** : Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise

**TasP** : Treat as Prevention

**TPE** : Traitement Post Exposition

**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Table des matières

<b>RESUME</b> .....	8
<b>INTRODUCTION</b> .....	10
1. La prévention du VIH en France .....	10
2. Historique de la PrEP .....	12
3. La PrEP en pratique .....	13
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	15
1. Type d'étude .....	15
2. Population étudiée et recrutement .....	15
3. Recueil des entretiens .....	15
4. Analyse des données .....	16
5. Aspect éthique .....	16
<b>RESULTATS</b> .....	17
1. Caractéristiques des médecins interrogés .....	17
2. Représentations du médecin généraliste autour du patient et de sa sexualité .....	19
2.1. Parler de santé sexuelle .....	19
2.1.1. Abord fréquent via certaines thématiques .....	19
2.1.2. Mais abord inégal selon la patientèle .....	20
2.1.3. Freins et facilitateurs autour de l'abord de la santé sexuelle .....	21
2.2. Aborder la PrEP, c'est aborder la santé sexuelle .....	23
2.2.1. PrEP et tabou .....	23
2.2.2. Segmenter sa santé pour prendre la PrEP ? .....	24
2.2.3. Poser des questions orientées pour aborder la PrEP .....	25
2.3. Libérer la parole .....	26
2.3.1. Des médecins .....	26
2.3.2. Des patients .....	27
2.3.3. Des pouvoirs publics .....	27
3. Représentations des médecins généralistes autour de la PrEP .....	28
3.1. Accueillir la PrEP et sa primo-prescription .....	28
3.1.1. Avis globalement positif .....	28
3.1.2. Intégrer la PrEP dans une prise en charge globale .....	29
3.1.3. Quelques réserves .....	30
3.2. Niveau de connaissances sur la PrEP .....	31
3.2.1. Je me sens bien formé(e) .....	31
3.2.2. Je ne me sens pas compétent(e) .....	31
3.2.3. Manque de demande des patients .....	33
3.3. S'informer et se former sur la PrEP .....	34
3.3.1. S'émanciper des idées reçues .....	34
3.3.2. Informer la patientèle .....	35
3.3.3. Informer les praticiens .....	35
4. Primo-prescrire la PrEP en médecine générale .....	37
4.1. Organiser sa consultation .....	37
4.1.1. Identifier les bons patients .....	37
4.1.2. Transmettre les bonnes informations .....	38
4.1.3. Echelonner les consultations .....	39
4.2. Répondre à la demande de mon patient .....	39
4.2.1. Rôle d'informateur .....	39
4.2.2. Comprendre la demande .....	40

4.2.3.	Orienter vers les bonnes structures .....	41
4.3.	Travailler ensemble .....	42
4.3.1.	La PrEP reste associée à une médecine de spécialité .....	42
4.3.2.	Améliorer la transmission des infectiologues vers les médecins généralistes .....	43
4.3.3.	Faciliter sa consultation .....	44
<b>DISCUSSION</b>	.....	46
1.	Discussion des résultats .....	46
1.1.	Modèle explicatif .....	46
1.2.	Faciliter le dialogue .....	48
1.3.	Faciliter la connaissance .....	51
1.4.	Faciliter l'organisation de la consultation .....	53
2.	Discussion de la méthode .....	55
2.1.	Force de l'étude .....	55
2.1.1.	Validité interne .....	55
2.1.2.	Validité externe .....	56
2.2.	Limites et biais .....	57
<b>CONCLUSION</b>	.....	59
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	.....	61
<b>ANNEXES</b>	.....	67
	Annexe 1 : Grille méthodologique CORECQ .....	67
	Annexe 2 : Guide d'entretien et évolution .....	70
	Entretien initial : .....	70
	Annexe 3 : Arbre de codage NVivo .....	71
	Annexe 4 : Verbatim numéro 8 .....	75
	Annexe 5 : Exemples de fiches VIH clic : la PrEP en discontinuée .....	82
	Annexe 6 : Campagne de publicité « PrEP 4 Love » .....	84
	Annexe 7 : Frise chronologique du développement des nouveaux médicaments et technologies pour la PrEP .....	85

## RESUME

---

**Contexte** : Environ 35 000 personnes bénéficiaient d'une PrEP en 2019 en France. Pourtant, le taux de nouvelles contaminations par le VIH reste stable et les occasions manquées de PrEP semblent nombreuses. Sa prescription a régressé en 2021 durant la pandémie de COVID 19. Afin d'augmenter l'accessibilité à ce médicament, les médecins généralistes ont la possibilité d'initier cette prophylaxie depuis juin 2021. Cette étude a pour but de recueillir le ressenti des médecins généralistes sur l'extension de la primo-prescription en soins primaires.

**Méthode** : Etude qualitative menée auprès de douze médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais recrutés par effet boule de neige de mai 2021 à février 2022. La saturation des données a été obtenue après dix entretiens consolidés par deux supplémentaires. Les entretiens ont été codés sur le logiciel N Vivo ® et analysés selon un modèle inspiré de la théorisation ancrée. Une triangulation des données a été réalisée.

**Résultats** : Parmi l'effectif recruté, 17 % avaient déjà primo-prescrit la PrEP en médecine libérale. Trois axes se dégagent des entretiens. En premier lieu, les médecins généralistes interrogés soulevaient la nécessité d'aborder la santé sexuelle pour aborder la PrEP : un sujet connoté de tabou et de gêne. Ils soulignaient le besoin de libérer le dialogue entre le soignant et le soigné. Dans un second temps, les praticiens faisaient état d'un manque de diffusion de l'informations et de connaissances autour de cette prophylaxie. Ce défaut de savoir est largement identifié comme un frein à la primo-prescription de la PrEP en médecine générale. Ils énonçaient de nombreuses pistes d'amélioration pour diffuser l'informations auprès des médecins mais aussi des patients. Les ressources sur Internet sont particulièrement appréciées. Enfin, comme toute nouvelle pratique, la PrEP bouscule les habitudes des médecins généralistes. Ils exprimaient spontanément de nombreuses solutions pour l'intégrer facilement dans leurs consultations. On peut citer la proposition de consultations dédiées, un temps de consultation plus long ou encore une délégation de l'éducation thérapeutique. Ils souhaitaient pouvoir continuer à être épaulés par les médecins spécialistes et à adresser leurs patients en cas de besoin.

**Conclusion** : La PrEP est accueillie avec attrait par les médecins généralistes. Elle

représente pour eux une nécessité et une opportunité d'ouvrir le dialogue sur la santé sexuelle et permet une entrée dans un suivi rapproché rythmé de dépistage. Elle reste cependant une pratique encore peu mise en place dans les cabinets, en partie par méconnaissance théorique et pratique. Les médecins généralistes restent optimistes sur l'avenir de la PrEP, et persuadés que le temps est un facteur clé dans son implantation en soins primaires.

## INTRODUCTION

---

En Mars 2021, Olivier Véran, ministre de la Santé, sollicite la direction générale de la santé en proposant une extension de la primo prescription de la prophylaxie pré-exposition au VIH aux médecins généralistes en cabinet libéral (1). Cette demande fait suite au recul de la prescription de la prophylaxie pré-exposition ou PrEP lors des confinements successifs (2).

La PrEP, commercialisée sous le nom de TRUVADA®, est l'association de deux antirétroviraux types inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase : l'emtricitabine et le tenofovir disoproxil. Elle est, à ce jour, le seul médicament ayant une AMM en France dans l'indication d'une prophylaxie d'une infection par le VIH. Son efficacité au niveau individuel et collectif a été prouvée notamment au travers de deux essais pilotes : IPERGAY (3) et PROUD (4).

Elle émerge sur le marché du médicament en 2016 et s'adresse aux populations à risque de contracter le VIH (5), notamment les hommes ayant des relations avec les hommes avec conduites à risques, les usagers de drogues intra veineuse etc... Environ 35 000 personnes en France (6) et 340 000 personnes à travers le monde (7) bénéficient de la PrEP en 2019.

Depuis 2021, la population concernée par la prescription de la PrEP s'ouvre notamment aux femmes et aux hétérosexuels à risque d'exposition au VIH, grâce à de nouvelles recommandations (8). Les prescripteurs, eux aussi, se multiplient, incluant les médecins généralistes, traduisant la volonté des pouvoirs publics de faciliter l'accessibilité à une offre de prévention diversifiée. L'ONUSIDA fixe un objectif de 3 millions de personnes sous PrEP chaque année (9).

### 1. La prévention du VIH en France

La prévention est définie comme suit par la HAS (10) : elle consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. La PrEP répond à une stratégie de prévention primaire vis-à-vis du VIH, soit agir avant même le début de la maladie (typiquement le principe de la vaccination ou l'action sur les facteurs de risque).

Elle s'accompagne d'un dépistage trimestriel des IST qui appartient à la prévention secondaire.

La déclaration des premiers cas de SIDA en 1981 aux Etats-Unis puis rapidement dans le monde entier (11) a confronté les pouvoirs publics à des questionnements fondamentaux de prévention en l'absence de traitement curatif disponible. Il est crucial de rappeler que le SIDA a fait environ 35 millions de décès dans le monde depuis sa découverte (12). En France en 2018, 6200 personnes ont découvert leur séropositivité dont 29 % était à un stade avancé (13). Le préservatif a été la première figure de proue de la prévention contre le SIDA mais aussi des autres IST avec un taux d'efficacité de 70 à 80% contre la transmission du VIH (14). Bien que son utilisation reste stable au fur et à mesure des années, quelques chiffres demeurent inquiétants (15) :

- Augmentation des IST en France en 2019 : + 29% d'infections à *Chlamydia trachomatis* prédominant chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, + 21 % d'infections génitales à gonocoque prédominant chez les HSH (29%).
- En 2020, durant le premier confinement dans le cadre de la pandémie à COVID 19, on observe - 14 % de sérologies VIH effectuées (16).
- 6400 nouvelles séroconversions en 2017 dont 41% chez des HSH et 33% lors de rapports hétérosexuels chez des personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

Le préservatif ne suffit plus à lui seul pour répondre aux objectifs de santé publique en France : finir avec l'épidémie du SIDA d'ici 2030, et appliquer les 95-95-95 soit faire en sorte que 95% des séropositifs connaissent leur statut, que 95% d'entre eux aient accès à un traitement et que 95% des séropositifs sous traitement antirétroviral aient une charge virale indétectable (17).

Les stratégies nationales ont évolué dans leur modèle de prévention en matière de santé sexuelle (concept apparu récemment dans le code de santé publique) (18). La PrEP intègre des stratégies de « prévention diversifiée », seule ou en association avec le préservatif, le TPE, le dépistage des IST ou encore le TAsP. Le but de cet éventail est de s'adapter au mieux aux attentes des patients et à ce qu'ils considèrent comme une sexualité satisfaisante tout en les préservant des maladies.

La PrEP, en plus d'être novatrice et efficace, n'est pas seulement un médicament. Du

fait de son suivi trimestriel, elle est un moyen d'entrer dans le dépistage répété des IST chez les populations les plus à risque et s'inscrit dans une démarche de prévention globale. Cependant le conseil national du SIDA et des hépatites virales constatent qu'au terme de 5 ans sur le marché du médicament, la PrEP reste déployée de façon insuffisante et que de nombreux axes autour de sa prescription reste à améliorer (19). A l'heure où l'utilisation du préservatif n'a concerné que 53% des 15-24 ans lors de leur dernier rapport sexuel en 2016 dans la région parisienne (20) et que l'on sait que cette catégorie de populations représente 33 % des nouvelles infections à VIH dans le monde (21), la diversification des moyens de prévention et surtout leur promotion s'imposent.

## **2. Historique de la PrEP**

Le développement de la PrEP correspond à une demande de diversification des moyens de lutte contre le VIH. Si à l'heure actuelle, les thérapeutiques antirétrovirales se sont considérablement améliorées, permettant de diminuer la mortalité de cette maladie de 64% depuis le pic de 2004 (12), un constat perdure : nous n'avons aucune arme à l'heure actuelle pour en guérir alors que nous en avons pour la prévenir.

L'idée de proposer un traitement anti rétroviral en tant que prévention vient d'un constat dans une étude réalisée au Malawi en 2008 : réduction du risque de transmission périnatale par des mères séropositives sous traitement antirétroviral durant l'allaitement (22). Par la suite, des études visant à quantifier l'effet protecteur de ce que deviendra la PrEP voient le jour. Les résultats encourageants des premiers tests sur des macaques ont permis le développement d'études sur des humains (23). La première étude réalisée sur l'Homme, date de 2012 : Partners Prep est réalisée en Ouganda et au Kenya, en zone d'endémie du VIH, chez des couples sérodiscordants. Les résultats sont prometteurs, concluant à une protection efficace contre le VIH (24). En découlent, les études piliers ayant conduit à l'AMM de la PrEP : IPERGAY en 2015 en France (3) et PROUD en 2016 en Angleterre (4). Par leurs méthodologies robustes et leurs résultats sans appel (moins 86% de risque d'infection par le VIH lors d'un rapport à risque), elles conduisent à la RTU de la PrEP en 2016 puis à l'AMM en 2017.

### 3. La PrEP en pratique

La PrEP peut être prescrite selon deux schémas : un schéma dit continu c'est-à-dire un comprimé par jour (modèle obligatoire en cas d'infection par le VHB), un schéma dit discontinu soit deux comprimés en une prise entre 2h et 24h avant le rapport sexuel à protéger, 1 comprimé à 24h et 1 comprimé à 48h du rapport sexuel à risque.

Les contre-indications sont peu nombreuses : séropositivité au VIH, résultat de sérologie VIH inconnu, présence de signe de symptômes pouvant faire suspecter une primo-infection par le VIH, insuffisance rénale (clairance de la créatinine < 60mL/min), hypersensibilité aux composants de la PrEP faisant de ce médicament un nouvel outil facile à prescrire et une porte d'entrée supplémentaire sur les tests de dépistage sérologique du VIH mais aussi des autres IST.

Entre 2016 et juin 2020, environ de 32 000 personnes ont initié une PrEP, avec une franche accélération entre juillet 2019 et juin 2020 (environ 1/3 des initiations) témoignant d'un engouement de plus en plus important pour ce moyen de prévention (6).

La France compte depuis 2018 le plus grand nombre d'utilisateurs de PrEP. Les caractéristiques sociodémographiques de ses utilisateurs relèvent un profil d'utilisateurs assez stable depuis sa mise sur le marché : 97% sont des hommes dont l'âge médian est de 37 ans, habitant plutôt dans les grandes métropoles de France, avec une prescription hospitalière initiale pour 88% d'entre eux (6). Parmi ces initiateurs, environ sept patients sur dix, renouvellent leur traitement par la suite.

Ces chiffres, en constante augmentation depuis 2016, ont cependant largement diminué au premier trimestre 2020 avec une baisse des délivrances (-36%) et des instaurations (-47%) (8) durant la pandémie mondiale du COVID 19. 59% des usagers interrogés ayant interrompu leur PrEP, l'expliquent par l'absence de rapports sexuels à risque pendant cette période, 6% sont passés d'un schéma continu à discontinu et 5% parce qu'ils n'avaient plus de médicaments (pas de nouvelle consultation prévue ou consultation reportée). 15 % des usagers de PrEP n'ont pas repris leur traitement à la sortie des confinements (25). Cette donnée est d'autant plus préoccupante que les infections à VIH chez les utilisateurs de PrEP surgissent principalement quelques semaines après l'arrêt du médicament (3).

Initialement confiée aux médecins spécialistes formés, la PrEP a rapidement pu être renouvelée chez le médecin généraliste à partir de son AMM en 2017. Le médecin généraliste, acteur majeur de la santé préventive et des soins primaires, a depuis juin 2021, l'autorisation de prescrire la PrEP en qualité de primo-prescripteur. Il est une ressource supplémentaire et nécessaire lorsqu'on estime à quasiment 50 000 personnes le nombre de patients éligibles à une PrEP en France (26) : un réservoir important de possibles contaminations. Ce réservoir n'est pas constitué uniquement de HSH mais bien de toutes les populations identifiées comme à risque (8) (travailleur(se)s du sexe, toxicomanes intraveineux, population migrante etc ...), pour qui l'information sur la PrEP est restée beaucoup plus confidentielle. Le médecin généraliste, au contact quotidien de ces populations, reste le principal acteur de leur identification et de la promotion de la prévention diversifiée, notamment de la PrEP.

C'est dans ce contexte que mon travail de thèse intervient : Comment les médecins généralistes accueillent-ils l'extension de la primo-prescription aux soins primaires ? Quels sont les représentations et freins ressentis à la prescription de la PrEP ?

## MATERIEL ET METHODE

---

### 1. Type d'étude

Ce travail de thèse est une étude qualitative menée dans le Nord-Pas-de-Calais. Elle porte sur une étude de pratiques professionnelles auprès de médecins généralistes exerçant en libéral. Cette étude, basée sur la conduite de douze entretiens semi-directifs, a été menée entre mai 2021 et février 2022.

### 2. Population étudiée et recrutement

Etaient inclus dans cette étude, les médecins généralistes, installés ou remplaçants, exerçant leur métier en soins primaires. Les critères de non-inclusion étaient les médecins généralistes ayant une activité exclusivement hospitalière et les internes en médecine générale.

Le recrutement des effectifs a été réalisé par effet boule de neige. La participation des praticiens a été sollicitée par mail ou par téléphone. Trente-cinq médecins ont été contactés, douze ont participé à l'étude. Ce résultat s'explique par l'indisponibilité de certains praticiens ou l'absence de réponses à mes sollicitations.

### 3. Recueil des entretiens

Après échange téléphonique ou mail, des rendez-vous étaient organisés en dehors des plages de consultation afin de ne pas limiter le temps de l'entretien au temps accordé à une plage horaire de consultation classique.

La thèse leur a été présentée comme un travail sur la santé sexuelle et non sur la PrEP pour deux raisons : afin de laisser la parole la plus ouverte possible pour ne pas orienter d'emblée la discussion et pour éviter aux médecins de s'informer sur la PrEP avant l'entretien. Deux praticiens avaient cependant eu notion du sujet en amont de l'entretien car ils avaient une activité au département de médecine générale de la faculté.

Les entretiens étaient enregistrés par deux moyens pour éviter la perte de données : un dictaphone et un téléphone portable. Quelques notes étaient prises sur papier libre, anonymisées, pour retranscrire mes impressions. Les entretiens se déroulaient au travers

de questions ouvertes, adaptatives en fonction de l'orientation de la discussion (annexe 2). Six entretiens ont eu lieu dans les cabinets des médecins généralistes et six autres se sont déroulés en visio-conférence via le logiciel Zoom ®. Il n'y avait pas de nombre de sujets pressentis, les entretiens se sont arrêtés une fois la saturation des données atteintes soit au dixième entretien, consolidé par deux entretiens supplémentaires.

#### **4. Analyse des données**

La transcription des pistes audios enregistrées lors des entretiens a été réalisée sur le logiciel Microsoft Word ® pour PC Windows 10 ®, mot pour mot sous forme de « verbatim ». Lors de cette retranscription, les données ont été entièrement anonymisées par un code type MG + numéro (ex : MG1, MG2 ...) dans l'ordre des entretiens. Les éventuels détails pouvant faire reconnaître le praticien ont été supprimés et/ou modifiés tout en respectant l'authenticité des dires. Il était proposé aux médecins interrogés de relire le verbatim afin d'attester de la fidélité de la retranscription. Par la suite les données brutes ont été codées via le logiciel N'VIVO ® permettant l'établissement de codes regroupés en propriétés puis en catégories, la méthode était inspirée du modèle de théorisation ancrée de Glaser et Strauss (27).

La triangulation des données a été effectuée par double encodage par une personne tierce sur le même logiciel, ayant elle-même réalisé une thèse qualitative auparavant. Elle a concerné la moitié des entretiens. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, soit jusqu'au 10<sup>ème</sup> entretien, consolidé par 2 entretiens supplémentaires. A l'issue du travail, l'intégralité des données a été détruite.

#### **5. Aspect éthique**

Les participants ont tous signé un consentement éclairé de participation à ce travail de thèse. La confidentialité a été assurée par la suppression dans la transcription des entretiens de tous les noms propres ainsi que tous les éléments pouvant permettre d'identifier la personne dans l'entretien. Ce travail a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la CNIL via un dossier RGPD.

## RESULTATS

---

### 1. Caractéristiques des médecins interrogés

Cette étude porte sur 12 médecins, exerçant dans les Hauts de France, 6 d'entre eux ont leur activité dans la métropole lilloise, 5 sur la Côte d'Opale, et un a une activité dans le Nord et le Pas-de-Calais. On décomptait 5 femmes et 7 hommes. L'âge moyen des médecins étaient de 39 années. 58 % d'entre eux déclaraient une activité urbaine, 25 % une activité semi-rurale, 16,7 % soit 2 médecins avaient fait le choix de remplacer avec une activité à la fois urbaine et semi-rurale. Aucun n'avait de formation d'infectiologie, un praticien exerçait une partie de son activité en CEGIDD et un autre en planification familiale. 17 % répondaient avoir déjà primo-prescrit une PrEP, tous émettaient un avis positif sur cet outil de prévention et le suivi engagé. Les entretiens ont duré en moyenne 32 minutes, le plus court a été de 21 minutes et le plus long de 1 heure et 08 minutes.

Le tableau socio-démographique complet est présenté ci-après

MG	Age (ans)	Sexe (F pour femmes, H pour hommes)	Milieu d'exercice	Année d'installation	Formation spécifique	Orientation de la pratique	Nombre de prepeurs dans la patientèle	Primo-prescrit
1	34	F	Urbain	2017	DIU gynécologie AUEC Pédiatrie AUEC IVG et contraception	Gynécologie Pédiatrie	0	Non
2	60	H	Urbain	1987	Non	Gynécologie Psychiatrie	10-15	Oui
3	70	H	Urbain	1981	Non	Générale	0	Non
4	32	H	Semi-rural	2021	Non	Générale	0	Non
5	30	H	Urbain	2019	Non	Générale	0	Non
6	30	F	Semi Rural	2019	DU Histoire de la médecine Formation au Canada sur la transidentité	Générale Quelques consultations transgenres	1	Oui mais en CEGIDD
7	57	F	Urbain	1998	Diplôme dans l'industrie pharmaceutique Diplôme de santé publique	Etudiante Médecine préventive	0	Non
8	32	H	Urbain	2020	DIU approfondissement des connaissances en médecine générale	Générale	1	Non
9	33	H	Urbain	2020	DU de formateur en simulation	Etudiante Médecine préventive	0	Non
10	29	F	Semi rural	2022	Non	Générale	1	Non
11	28	H	Remplaçant	Remplaçant depuis 2021	Non	Générale	0	Non
12	31	F	Remplaçante	Remplaçante depuis 2019	Non	Générale	3	Oui

**Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés**

## 2. Représentations du médecin généraliste autour du patient et de sa sexualité

### 2.1. Parler de santé sexuelle

#### 2.1.1. Abord fréquent via certaines thématiques

La santé sexuelle est d'ores et déjà abordée par les médecins traitants dans différents types de consultations. Ainsi ils évoquaient de façon assez naturelle des problématiques de santé sexuelle au travers de différents sujets, avec pour exemple :

- la dysfonction érectile,

*MG3 : « Bon c'est, allez à plus de 70 % abordé avec la clientèle masculine [...] Bah parce que euh ... le gros problème est le dysfonctionnement érectile »*

- les consultations de la femme au travers de la contraception,

*MG8 : « C'est pareil la porte elle est grande ouverte, plutôt sur les consultations de contraception où là du coup le sujet de la sexualité il est clairement au premier plan. »*

- ou encore la vaccination HPV que ce soit chez les filles ou les garçons.

*MG5 : « Euh ... surtout autour de la vaccination contre le papillomavirus également, chez les jeunes filles de 11-13 ans. »*

*MG8 : « Avec les jeunes garçons c'est euh ... Maintenant on a aussi une occasion avec le vaccin GARDASIL d'en parler, donc plutôt vers 11 ans. Hein, euh ... d'en parler à ce moment-là. »*

Il semble que ces questions étaient souvent abordées aisément, sans tabou ni difficulté.

*MG4 : « [...] enfin moi je suis super ouvert, je leur pose, je leur pose tout un tas de questions. J'hésite pas à ... à ... j'hésite pas à leur poser des questions sur euh ... sur leur sexualité justement, sur les différents problèmes qu'ils peuvent avoir. »*

Cette facilité était justifiée par le fait que ces questions autour de la sexualité soient maintenant ancrées dans les habitudes de pratiques.

*MG 6 : « souvent c'est aussi des consultations autour de la contraception, dépistage du Chlamydia chez les jeunes femmes ... ça aussi je le fais très facilement. »*

*MG 11 : « souvent voilà quand on approche des 50 ans, je fais euh un petit point ... enfin quand la temporalité de la consultation le permet de faire un petit point prévention. »*

### 2.1.2. Mais abord inégal selon la patientèle

Les questions de sexualité, bien qu'abordées par les douze praticiens, concernaient cependant seulement une partie de la patientèle. En effet, la vie sexuelle active semblait être associée à un critère d'âge. Moins d'un tiers des praticiens affirmaient continuer à aborder le sujet avec leurs patients plus âgés, notamment à l'occasion de la ménopause ou après 50 ans pour dépister les dysfonctions érectiles.

*MG 4 : « Boh c'est surtout chez les jeunes, je ... chez les personnes âgées je ne le fais pas ...*

*Moi : Alors jeune ? Tu entends quoi par jeune ?*

*MG4 : Franchement de 13 à 40 ans à peu près. »*

Il semblait aussi y avoir une inégalité d'abord en fonction du sexe. Les consultations de gynécologie et tout particulièrement celles axées sur la contraception sont des voies d'entrée sur les questions de santé sexuelle qui n'existent pas pour la patientèle masculine.

*MG 10 : « Bah en fait, souvent plus les filles. En fait quand elles viennent pour des règles douloureuses, je leur propose d'aborder le sujet. »*

*MG 12 : « Après, sinon c'est surtout moi je l'aborde souvent pour les renouvellements de pilule par exemple, pour les femmes, sur les consultations de gynécologie. C'est vrai que ça aide beaucoup à parler de la sexualité du coup en même temps et après quand on a le temps en fait. »*

Certaines occasions chez les personnes de sexe masculin ont été cependant identifiées.

*MG 8 : « Maintenant on a aussi une occasion avec le vaccin GARDASIL d'en parler, donc plutôt vers 11 ans. Hein, euh ... d'en parler à ce moment-là. Mais j'avoue que ce sujet, je l'aborde assez rarement. Surement à tort. Euh ... avec les garçons. »*

Une inégalité était également soulevée selon le clivage entre la ville et la campagne.

*MG 11 : « Encore une fois, j'ai remplacé beaucoup en rural, donc euh peut être moins d'avis, je vois 7 à 8 cas par rapport au prisme mais je vois pas les médecins en rural, je ne les vois pas prescrire ».*

*MG 12 : « Depuis peu, depuis qu'ils ont autorisé a mise en place par les médecins généralistes, ça m'est arrivé euh bah la depuis décembre trois fois. Les patients sont quand même assez demandeurs mais encore une fois c'est sur Lille, quand je travaille dans le milieu semi rural, il n'y en a pas ».*

Les convictions religieuses semblaient aussi avoir un impact sur les sujets abordés en consultation, notamment sur le thème de la santé sexuelle.

*MG 7 : « Alors c'est toute la difficulté étant de trouver comment on fait à la catho pour rentrer dans*

*cette intimité ... parce qu'il y a toujours cette image « d'université catholique ». »*

*MG 5 : « Bon ça peut arriver dans cette partie-là mais ils ont pas de comportement qui peuvent dériver ou qui peuvent les mettre en danger. C'est des gens qui sont convertis le plus souvent à l'Islam du coup ils respectent certains écrits. »*

Les médecins interrogés soulignaient la nécessité de gommer ces différences et proposaient certaines solutions comme de systématiser leur consultation et de trouver des « ponts » (MG 8) permettant de faire le lien entre certains thèmes de consultation et les questions de santé sexuelle.

### 2.1.3. Freins et facilitateurs autour de l'abord de la santé sexuelle

La santé sexuelle restait cependant connotée de sentiment ambivalent, notamment du côté médical. On relevait dans le discours des praticiens une peur de jugement. Certains soulignaient la difficulté à ne pas paraître moralisateur.

*MG 11 : « Parce qu'on en parle certainement pas assez, parce que on touche à la sphère euh ... intime ... voilà vraiment, intime et presque malheureusement euh morale, moralisatrice parfois, il faut alors ... ».*

*MG 2 : « Je suis pas là pour faire la morale là. »*

Quelques-uns identifiaient une limite dans leur propre pudeur.

*MG2 : « Alors les rapports intimes entre deux personnes, ma pudeur naturelle d'une part et mon respect de l'intimité d'autre part font que je ne m'y intéresse pas spontanément. »*

La peur de rompre le lien de confiance avec son patient est notifiée dans plusieurs verbatims.

*MG 4 : « Encore une fois quand on creuse c'est compliqué. Ça m'est déjà arrivé plusieurs fois d'avoir des patientes qui font des infections vaginales à répétition et j'ai essayé de creuser, euh ... Bah à qui ça ne m'a pas plus du tout et qui ne m'ont pas revu par la suite parce que je faisais partie de ces médecins ... ».*

Le statut de remplaçant était désigné par les deux praticiens concernés comme un frein à la discussion centrée sur la vie intime.

*MG11 : « Donc, encore une fois en tant que remplaçant c'est un peu dur parfois de mettre les pieds dans le plat ».*

Les occasions d'en parler étaient aussi parfois difficiles à trouver, notamment lorsque le patient était polyopathologique ou que le motif de la consultation était totalement différent.

MG 10 : « Et puis après, des fois on oublie tout simplement d'aborder le sujet avec le patient, parce qu'il a une polypathologie complexe, donc ça prend du temps, donc on est focalisé là-dessus. On est focalisé là-dessus par habitude aussi ».

MG 12 : « Après c'est vrai que on a moins l'occasion d'en parler, parce que souvent c'est un peu stéréotypé mais quand ils ont plus de 40ans, c'est des consultations multi motifs donc j'ai moins l'occasion d'en parler en plus de ce qu'on dit ».

Les généralistes interrogés identifiaient aussi chez leur patient quelques réticences. Ils l'expliquent par une méconnaissance tout d'abord de leur sphère intime notamment au début de leur vie sexuelle.

MG 7 : « Euh ... qui sont d'un point de vue sexuel, ou vie affective, comme on l'appelle pudiquement euh ... très mal informés ».

La peur de jugement du patient était elle aussi bien présente. Les problématiques autour de la santé sexuelle étaient souvent abordées au travers de motifs cachés.

MG 4 : « Mais après euh ... après euh ... après je parle des jeunes mais il y a encore plein de patients âgés qui ont encore une vie sexuelle, qui viennent pour des problèmes et bah d'ailleurs c'est marrant parce qu'ils viennent, ils viennent en couple et puis souvent le mari arrive pour un problème qui est ... enfin pour une hernie inguinale et le souci principal de l'épouse c'est que justement à cause de cette hernie ils n'arrivent plus à avoir de relation sexuelle et on se rend compte que c'est vraiment le nœud du problème ».

Pour toutes les raisons suscitées, peut s'installer une gêne mutuelle qui mène parfois à des quiproquos lors des consultations.

MG 6 : « Il y a toujours un peu de gêne quand même, j'essaye de le fluidifier au maximum mais forcément des fois ... enfin pas tous, il y en a il n'y a aucun souci. Enfin ceux qui justement n'ont pas trop l'habitude ils bafouillent, justement ce monsieur, moi j'avais compris que euh ... bah voilà ... y'avait des rapports anaux mais lui. Et en fait lui c'était pas du tout ça. Et du coup on s'est un peu embrouillé (rires) ».

Bien que ce sujet reste parfois sensible, il semblerait que le lien de confiance se renforce entre un médecin et son patient une fois le pas sauté.

MG 5 : « Et puis comme ça, ça instaure la confiance et ils savent que la fois d'après, bah ils peuvent venir me parler de leur santé sexuelle quoi ».

La durée de la relation soignant-soigné ainsi que la demande émanant du patient semble être des éléments facilitateurs.

MG 5 : « Bah je te dis, j'attends toujours que le premier pas vienne du patient. Parce que ... Parce que comme moi je suis installée depuis pas très longtemps la patientèle, je ne la connais pas

encore. Je pense que la confiance est pas encore totalement établie ».

MG 11 : « Bah souvent, il faut créer le ... enfin c'est pour ça qu'on fait de la médecine générale, enfin moi perso je fais de la médecine générale, c'est de ... le lien de confiance ... établir la relation vraiment à long terme ».

## 2.2. Aborder la PrEP, c'est aborder la santé sexuelle

### 2.2.1. PrEP et tabou

Discuter de la PrEP avec ses patients, c'est bien évidemment s'intéresser à leurs pratiques sexuelles : orientation sexuelle, prise de risque, nombre de partenaire ...

MG 11 : « Ça va prendre la PrEP mais ça touche la sphère sexuelle aussi, je pense qu'on a clairement un petit problème avec ça. »

Plusieurs médecins évoquaient la notion de tabou autour de ce sujet malgré une évolution sociétale rendant moins connotée la sexualité du patient notamment HSH.

MG 1 : « Euh ... Bah je pense que tu as quand même des gros tabous sur la santé sexuelle [...] Enfin demander à un homme s'il a des rapports sexuels avec des hommes, bah c'est vachement banaliser, c'est hyper facile à faire maintenant. Je pense qu'il y a dix ans c'était plus compliqué et qu'il y avait voilà. Et que maintenant ça se fait vachement bien ».

Les médecins généralistes soulignaient également l'impression que les patients ne veulent pas tout dévoiler à leur médecin traitant.

MG 1 : « Et que clairement ton médecin traitant c'est aussi le médecin qui suit tes enfants et ta ... possiblement ton partenaire régulier et que ... bah du coup, des fois ... Enfin moi je me souviens d'un super, enfin d'un suivi que j'avais dans un remplacement d'un monsieur que j'aimais beaucoup, qui quand il venait avec sa femme et sa fille, c'était un peu le stéréotype du mec parfait. Et qui quand il venait tout seul, on faisait les bilans des IST parce qu'il allait dans tous les back room belges ... enfin ... quand il était absent de la maison ».

MG 4 : « Parce que je ne sais pas confronter ... enfin mélanger pour eux leurs prises en charges médicales ... enfin c'est comme ça que je le vois, mélanger leurs prises en charges médicales avec leur ... leur vie sexuelle. Ils ont peut-être peur que ça crée un biais, alors un biais dans le sens où ça crée un a priori, ou alors ils ont peur que leur médecin ... ».

Bien qu'il soit difficile d'établir si le frein vient du médecin ou du patient.

MG 1 : « Enfin, je pense que tu as quand même encore vachement de gens qui sont obligés de se cacher et ... d'un point de vue de leur sexualité. Et bah ça ne m'étonne pas tant que ça. Je ne sais pas si le frein il est plus du médecin ou si c'est autant du patient que du médecin, quoi ».

Les médecins généralistes exposaient le concept de confiance orientée, c'est-à-dire que la

confiance n'est attribuée que dans des domaines ciblés en fonction du médecin en face du patient. Ce constat s'applique totalement à la santé sexuelle, avec des patients qui consultent un médecin généraliste pour leur parcours de santé classique et un autre médecin, parfois lui aussi généraliste, pour un sujet spécifique comme la PrEP.

*MG2 : « En fait on ne fait pas confiance à quelqu'un, on prête sa confiance momentanément à quelqu'un dans un but bien précis. [...] Hier, j'ai vu mon comptable, je lui fais entièrement confiance mais vraiment, pour ma comptabilité. Ça ne veut pas dire que je lui fais confiance. [...] Bon les gens font confiance au médecin quand ils viennent le voir mais ils font confiance pourquoi ils jugent, qu'ou et dans quelles circonstances ».*

*MG 6 : « ouais, bah oui oui franchement. Et puis je ne suis pas leur médecin généraliste. Ils ne me voient que pour ça. Les patients qui me voient pour la PrEP ne me voient que pour ça, donc oui je pense que la parole est plus libérée dans ce contexte-là ».*

De l'idée de confiance orientée, découle un concept encore plus large, en lien direct : la segmentation de la santé.

### 2.2.2. Segmenter sa santé pour prendre la PrEP ?

Segmenter sa santé, qu'est-ce que ça signifie ? Pour les médecins qui évoquent cette notion, il s'agit de sectoriser son suivi en fonction de la pathologie ou du thème de la consultation. La pathologie chronique, la virose hivernale ou encore le suivi des enfants se fait chez son médecin généraliste, parfois de famille.

*MG 6 : « Et je pense, que les gens ils ont aussi l'impression que tout ce qui concerne la sphère sexuelle c'est un plus difficile à aborder avec son médecin qui gère la pneumopathie et euh la rhinite quoi ... enfin je pense ».*

A l'inverse, les consultations de gynécologie, les questions intimes, ou les thèmes qui relèvent aux yeux des patients de spécialistes (les problématiques dermatologiques, les problématiques oculaires etc...) sont réalisées dans des cabinets différents, voire directement chez le médecin spécialiste. La notion de parcours de soins n'a jamais été évoquée lors des entretiens.

*MG 2 : « C'est que beaucoup de patients segmentent leur médecine. Je vais voir tel médecin pour telle ou telle chose, pour telle et telle chose je vais plutôt voir à tel endroit etc... ».*

*MG4 : « bah en fait je pense que les patients ils font une vraie distinction entre leurs problèmes de santé hors sexualité, en tout cas dans cette patientèle-là ».*

La notion de lieu dédié pour l'abord de certains thèmes particuliers favoriserait cette

segmentation.

*MG 7 : « Je pense que ça serait plus dédié en effet dans des centres euh vraiment ou donc comme le planning c'est évident qui brasse ... Les gens ont vraiment intégré le planning = pilule, contraception, MST etc ... »*

Plusieurs médecins pointaient les dérives potentielles de cette segmentation, notamment avec la PrEP.

*MG 12 : « Et il le disait pas forcément au médecin généraliste parce qu'ils avaient un suivi parallèle et on était pas au courant, parce que ça pouvait être limite un peu dangereux parce que finalement, on pouvait pour des lombalgies mettre des anti inflammatoires et pas savoir que le patient était sous PrEP. Enfin des trucs tout bête comme ça mais des erreurs médicales qui peuvent vite être chères pour le patient ».*

Au travers de ce constat, les médecins interrogés soulignaient la nécessité de se montrer ouvert à l'abord de la sexualité pour limiter les dérives de cette segmentation.

*MG4 : « Il faut se montrer ouvert, il faut laisser des portes ouvertes, à partir du moment où le patient le sent, il va avoir tendance à se livrer tout seul en fait hein ... »*

*MG 10 : « Bah je pense que justement un homme homosexuel ou une femme homosexuelle qui aurait envie d'en parler, ça pourrait montrer qu'on est ouvert pour en parler. Déjà il y a une proposition qui viendrait déjà du médecin, et ils se sentiraient peut-être plus en confiance, et ils auraient peut-être plus l'idée de prendre ce type de rdv ».*

### 2.2.3. Poser des questions orientées pour aborder la PrEP

Concernant l'abord de l'orientation sexuelle : parmi les douze praticiens interrogés, deux trouvaient que connaître l'orientation sexuelle de leur patient faisait partie du dossier médical. D'autres estimaient ce point inutile. Pour la plupart, cette question était trop intrusive et pourrait porter à des jugements.

*MG 8 : « Pour certains patients oui, euh ... pour d'autres non. En tout cas, c'est quelque chose que je me refuse à noter dans le dossier médical. Parce que je ne trouve pas ça très ... Je trouve que c'est de l'ordre de l'intime et après j'essaye de le retenir ».*

*MG9 : Je ne cherche pas forcément à le savoir sur n'importe quelles consultations, parce que ça ne change absolument rien pour moi.*

Cependant lorsqu'on abordait la question de la PrEP, la question de l'orientation sexuelle prenait son sens.

*MG 8 : « Bah la question que tu posais tout à l'heure sur l'orientation sexuelle de nos patients, elle est bonne. Parce que ça partirait surtout de là. Et n'ayant pas l'idée de l'orientation sexuelle de mes*

*patients, homosexuel ... En tout cas, si c'est clairement établi que je vois un patient, je suis un patient homosexuel et euh ... oui la du coup je serais amené à lui en parler ».*

Primo-prescrire la PrEP, implique d'identifier des prises de risques et donc de connaître des données précises sur les pratiques sexuelles. A noter que, la plupart des médecins affirmaient ne pas avoir dans leur patientèle de travailleuses ou travailleurs du sexe.

*MG 1 : « Et en fait, euh, ils parlaient aussi des dames qui sont travailleuses du sexe occasionnelles, et en fait, je me suis rendu compte que bizarrement il n'y en avait pas du tout dans ma patientèle, alors que clairement j'ai une population qui est plutôt précaire, enfin, je, voilà ... Donc du coup je me dis que en fait, il y a encore beaucoup de choses qui ne se disent pas encore au cabinet de médecine générale même quand on a l'impression d'être un patient, euh ... un praticien plutôt ouvert ».*

Faciliter le dialogue semble essentiel à la relation soignant-soigné pour laisser aux patients la possibilité d'aborder leur santé sexuelle en consultation et d'installer un climat de confiance sans peur du jugement.

## **2.3. Libérer la parole**

### **2.3.1. Des médecins**

Tous les praticiens interrogés, dans une optique d'amélioration de leur pratique, proposaient des voies de perfectionnement pour ouvrir la parole du médecin. Ainsi plusieurs suggéraient de formater leur consultation sur des consultations types. Certains tremplins leur semblaient évidents pour faire le lien avec la santé sexuelle.

*MG 6 : « euh, souvent c'est aussi des consultations autour de la contraception, dépistage de la chlamydia chez les jeunes femmes ... ça aussi je le fais très facilement. Pareil, tout ce qui est infection urinaire, très très facilement, je vais chercher chlamydia-gono voilà ... en expliquant simplement que ça se traite très facilement, ça un bon argument en général ».*

*MG 8 : « ...il faudrait peut-être justement faire un ... avoir une recette pré établie justement en disant bah voilà, il vient pour un certificat de sport mais il faut que je trouve une ... il me reste 5 minutes, il faut que je ... je peux l'aborder de telle manière ».*

Afin d'informer les patients que la sexualité est un sujet à aborder en cabinet de médecine générale, certains proposaient des interventions brèves.

*MG 3 : « Donc le fait de faire le premier pas, enfin ça peut, ça peut être des interventions très brèves, qui n'appellent pas à une réponse immédiate mais qui parfois 1 mois, 2 mois, 6 mois plus tard peuvent réapparaître ».*

### 2.3.2. Des patients

Libérer la parole des patients est un enjeu capital. Il est affirmé par nombre de médecins, que la santé sexuelle n'est quasiment jamais abordée par leurs patients en dehors d'une symptomatologie spécifique les faisant consulter sur le sujet.

*MG 8 : « Les patients l'abordent assez peu je trouve ... rarement, enfin sauf s'il y a un problème infectieux aigu. Mais ça reste un motif de consultation assez rare, je dirais un ou deux par an ... Avec une urétrite ou une infection à chlamydia ... Ça reste assez rare ».*

Pour remédier à cela, et ouvrir le dialogue, la création de plage de consultation dédiée à la santé sexuelle a été évoquée.

*MG 10 : « Hmm, en fait je pense qu'il faudrait faire des consultations dédiées, des consultations appelées « sexualité ». Je pense que ça aiderait. En fait quand on prend RDV, on peut prendre « consultation médecin adulte », « consultation gynécologie », et je pense que ça serait bien de mettre des onglets « consultations dédiées à la sexualité ». »*

Selon les praticiens interrogés l'important restait de tenir informés les patients et de paraître ouverts à aborder cette problématique.

*MG 4 : « Boh pfff, il faut se montrer ouvert, il faut laisser des portes ouvertes, à partir du moment où le patient le sent, il va avoir tendance à se livrer tout seul en fait hein ... ».*

*MG 7 : « La crainte d'un patient, mine de rien, enfin j'essaie toujours de me mettre à la place du patient c'est « euh, oui mais attend, mon médecin il a 60 ans, euh ... le SIDA est ce qu'il a vraiment connu etc... Bon je vais lui parler du SIDA mais est ce qu'il sait qu'il y a d'autres maladies sexuellement transmissibles ? ».*

### 2.3.3. Des pouvoirs publics

La plupart des médecins interrogés souhaitaient que les pouvoirs publics informent plus largement à l'échelon médical mais aussi à l'échelon du patient.

*MG 5 : « Je pense que c'est des messages clés, également ... Je pense que les pouvoirs de santé publique doivent aussi relayer certains messages via les réseaux, je sais pas, via la télévision, si c'était possible [...] Bah c'est pas diffusé. La HAS on n'a jamais de diffusion via l'URPS ou ... on a jamais aucun message ».*

Plusieurs pointaient du doigt la difficulté pour un médecin généraliste, qui par l'essence même de sa spécialité se doit d'avoir des connaissances dans de nombreux domaines, de se former afin de se mettre à jour. L'augmentation des ressources via les associations médicales et les hautes instances de santé semblent être une nécessité.

MG 9 : « Parce que bon, chaque médecin se forme différemment, donc il faut multiplier les ressources. Dans des revues de référence, ça pourrait être très bien, des articles concrets, très pratiques finalement ... euh après formation médicale continue euh ça peut être intéressant. Congrès alors là je n'ai pas pu y aller mais euh au congrès mais sur des gros congrès de médecine générale comme le CNGE ou le congrès de Paris au printemps, je pense qu'une plénière sur ce sujet-là pourrait être ... très intéressant ».

Du côté de la transmission des informations vers le patient, un médecin s'interrogeait sur l'apport d'affiche sur la santé sexuelle dans sa salle d'attente.

MG 11 : « C'est un service qu'on peut rendre pour ça, et euh ... alors après, j'avais lu des papiers qui étaient euh ... sur l'utilité des affiches dans les salles d'attente. Sur l'alcool tout ça « si vous avez un souci, il suffit d'en parler », il paraît que c'est pas top top tout ça. Après, dans les médias général ... »

Plus largement il s'agissait aussi de faire évoluer les mentalités vers une société plus tolérante, où le jugement est moins prégnant.

MG 1 : « Enfin dans une mentalité anglo-saxonne, ça serait juste un argument de plus et dans une mentalité européenne, c'est un jugement social. Et ça c'est hyper compliqué tu vois ... ».

### **3. Représentations des médecins généralistes autour de la PrEP**

#### **3.1. Accueillir la PrEP et sa primo-prescription**

##### **3.1.1. Avis globalement positif**

Sur les douze médecins interrogés, tous s'accordaient à dire que la PrEP est un outil novateur dans l'arsenal de prévention du VIH. Ils ont un regard très positif sur cette association de molécules, qu'ils soient prescripteurs ou non.

MG 9 : « Ça permet quand même de faciliter l'accès à ce traitement là pour les personnes concernées, c'est un moyen de plus dans l'arsenal pour lutter ... pour la prévention euh contre tout ça. Donc euh, bah moi je le vois d'un très bon œil, plus c'est facile d'accès pour les patients, plus ce sera efficace ».

L'ouverture de la primo prescription en cabinet de médecine générale est vue comme un facilitateur d'accès à la PrEP.

MG 6 : « Bah moi je trouve que c'est très bien, parce que tout le monde n'a pas forcément la possibilité de venir au CEGIDD. Il y en a pas partout, et tous les CEGIDD ne font pas de PrEP ».

La PrEP permettrait également d'ouvrir à un suivi régulier chez des patients peu vus en consultation.

MG 6 : « En plus, le fait de le faire, ça les oblige à avoir un suivi tous les trois mois s'ils veulent leur renouvellement de PrEP. Et du coup, qu'on dépiste toutes les autres IST tous les trois mois et ça c'est bien parce que ça veut dire qu'à chaque fois, on éradique la syph, le chlam, le gono ... Le plus fréquents, au moins tous les trois mois ».

MG 12 : « Bah ça ouvre une autre prévention qui est intéressante pour nos patients qui ont en effet des rapports à risque. Euh limiter du coup les chaînes de contaminations du VIH ».

En cette période troublée par la pandémie à COVID 19 et après deux confinements successifs, un médecin remarquait un rebond des comportements sexuels à risque.

MG 6 : « Parce que ... il y a eu quand même une recrudescence d'IST parce que justement euh ... bah ... en gros les gens se sont un peu détendus, notamment avec ce qu'on appelle le chem sex ».

La PrEP devenait alors une réponse supplémentaire à une problématique de santé publique.

MG 8 : « Boh c'est super ... c'est super, ça permet qu'on réponde à une demande, à un problème de santé publique ».

MG 11 : « Donc, voilà, que ce soit élargi en ville, en termes de santé publique, c'est euh un progrès ».

### 3.1.2. Intégrer la PrEP dans une prise en charge globale

Pour la plupart des médecins interrogés, la PrEP s'intègre dans une prise en charge globale de leur patient. La découverte d'une séropositivité reste redoutée.

MG 3 : « Bah de pratique en club, et qui ont débouché sur une séropositivité... enfin c'est ce que j'appelle un drame, parce que c'est un tournant dans la vie quand même ».

MG 7 : « Il y a une grosse méconnaissance par rapport à euh ... par rapport à ça [...] Par rapport aux maladies sexuellement transmissibles. Pour l'instant, les maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes, c'est le SIDA ».

En discutant avec les praticiens, il semblait important pour eux de pouvoir répondre à la demande de leur patient et de pouvoir proposer des moyens de préventions adaptés.

MG2 : « alors, s'il est exposé ... classiquement le préservatif. Et s'il est un peu exposé, parce qu'en général je le sais, au SIDA, je lui propose effectivement une PrEP et puis voilà ».

De plus, le médecin traitant est identifié comme un acteur privilégié pour informer et prescrire la PrEP, car il est au centre du parcours de soins.

MG10 : « Bah j'en pense que c'est bien. Parce que je pense qu'il y a un bon nombre de personnes

*qui n'est même pas au courant que ça existe. Donc si ça peut permettre déjà de nous faire penser à aborder le sujet, c'est une bonne chose ».*

*MG 4 : « Donner les premières informations, donc délivrer déjà les premières informations ».*

Enfin, un des généralistes interrogés soulignait le fait que l'utilisation de la PrEP peut être temporaire et que le recours fréquent aux généralistes permettrait une réévaluation régulière.

*MG 6 : « Oui, et puis à un moment donné ça reste aussi peut être une période la vie, on le réévalue très régulièrement. On se dit aller c'est un peu la fête du slip pendant un an, on prend la PrEP et puis après c'est tout. Enfin, c'est pas non plus ... je pense ... enfin les jeunes ou les moins jeunes que je vois, bah ils vont pas forcément faire ça toute leur vie ... donc voilà ».*

### 3.1.3. Quelques réserves

Quelques réserves sont émises quant à la prescription de la PrEP par les médecins généralistes. Comme déjà appréhendé, la PrEP par les sujets qu'elle force à aborder, risque de rebuter certains médecins mais aussi certains patients.

*MG 11 : « Ça s'aborde pas pareil dans la communication, c'est pas les mêmes choses qu'on va chercher. Et du coup, euh, de toute façon je suis ... je pense malheureusement qu'il y aura toujours des patients ou des médecins qui voudront pas franchir le cap quoi ».*

Le manque de connaissance autour de la PrEP expliquait une crainte à sa prescription, et notamment la difficulté à manier un traitement peu usuel.

*MG 7 : « mais ne pas me jeter à l'aveugle là-dedans sans une procédure, de peur de rater quelque chose si vous voulez. Parce que ... on n'est pas non plus sur un rhume si vous voulez [...] C'est quand même pas des traitements anodins ».*

*MG9 : « Bah ... c'est plutôt sur comment prescrire, quelle molécule, quelle dosage ... est ce qu'il y a d'autres choses, les contre-indications éventuelles, et ça je n'avais pas réussi à trouver d'informations fiables à ce moment-là ».*

Certains médecins redoutaient d'encourager des comportements à risque.

*MG 3 : « Ça me semble à double tranchant cette histoire [...] Euh bah, puisque je prends mon anti-rétroviral, bah allons y gaiement, sans plus prendre de précaution ».*

Enfin, un dernier médecin émettait quelques réserves par peur de saturer ses consultations par de la prescription de PrEP.

*MG 6 : « J'y ai déjà pensé, mais j'ai peur d'être un peu assailli. Parce que je suis déjà ... euh pour les consultations trans, j'en ai beaucoup, euh ... j'ai peur que si je fais de la PrEP ... parce que c'est*

le genre de chose qui se sait très facilement, j'ai peur que du coup si je fais des consultations PrEP hors CEGIDD j'ai vraiment beaucoup de monde, et je ne veux pas faire que ça non plus ».

### 3.2. Niveau de connaissances sur la PrEP

#### 3.2.1. Je me sens bien formé(e)

Sur les douze médecins interrogés, cinq médecins s'accordaient à dire qu'ils sont suffisamment formés sur la PrEP. Parmi eux, deux sont prescripteurs.

*MG 1 : « Ouais, bah du coup je me sentirais pas complètement paumée surtout que, bah surtout que tu vois les avantages de fou que ça a. euh ... Enfin justement, en fait, justement l'avantage d'avoir été formé un peu là-dessus, d'avoir vu et revu des interventions là-dessus, c'est qu'au bout d'un moment tu te dis bah merde, pourquoi je n'y suis pas ».*

Le sentiment d'être suffisamment formé semble corrélé à un facteur favorisant la prescription de PrEP. La PrEP leur apparaît alors être une prescription simple.

*MG4 : « Ouais, il n'y a pas de CeGIDD à Boulogne. Il n'y a pas d'infectio de référence qui fait des consultations VIH etc... Donc du coup je pense que je le gérerais moi-même depuis que justement, enfin ... je me serais renseigné entre deux mais avec la primo prescription qui est ouverte au médecin généraliste je pense que je le ferais moi-même parce qu'au final c'est assez simple à comprendre ... »*

*MG2 : « Mais c'est tellement simple. Attendait on fait de la prophylaxie pour euh, pour euh, pour le paludisme qu'on ne connaît même pas, d'accord ? et la PrEP bah la PrEP c'est encore plus simple ».*

La formation est étayée par l'expérience sur le terrain qui semble aussi avoir un effet positif sur la primo prescription. Le partage d'expérience est capital pour la transmission de l'information et influence la pratique des médecins interrogés.

*MG6 : « Bah en fait j'étais l'interne du Dr \*\*\*. Du coup j'ai fait de la PrEP à ce moment-là. Et c'est là aussi où j'ai démarré à faire de la Trans identité avec lui. Et du coup après il m'a envoyé au CEGIDD faire de la PrEP parce qu'ils cherchaient des médecins et que lui bah bon il a pris sa retraite ».*

*MG 1 : « Ouais non non c'est ça. Mais clairement si tous mes collègues me disaient « oh lalalalalalalala » je me dirais peut-être que c'est compliqué. Mais en même temps quand tu as des recos HAS qui sont hyper claires et qui sont hyper carrés sur des trucs je vois pas pourquoi tu ne le fais pas, c'est la médecine quoi, enfin ... Oui on va changer ».*

#### 3.2.2. Je ne me sens pas compétent(e)

Par opposition, sept médecins ne se sentaient pas suffisamment compétents pour prescrire

une PrEP d'emblée si un patient le leur demandait. Ils le justifiaient par plusieurs raisons. Tout d'abord, la primo prescription est une réalité récente en soins primaires, la PrEP ne fait pas encore partie du socle commun des connaissances d'un médecin généraliste.

*MG11 : « Euh ... mais euh ... c'est des molécules que je ne connais, et des molécules qu'on ne connaît pas assez dans notre cursus, parce que euh bon voilà on a un chapitre sur le VIH mais personnellement dans mon internat euh ... j'ai eu des patients VIH mais bon qui étaient suivi donc ça consiste en gros à les orienter entre les suivis hospitaliers ».*

Certains ne savaient pas qu'ils avaient accès à cette prescription.

*MG10 : « Non, je ne me suis pas documentée, je n'ai pas pris le temps parce que je ne pouvais pas la prescrire et je ne pensais même pas que j'avais le droit de la renouveler en fait ».*

D'autres avançaient le fait que la PrEP s'éloignait trop de leur pratique habituelle.

*MG 8 : « Bah ça fait, c'est des médicaments qui nous semblent assez éloignés de nos prescriptions hein [...] Donc oui, ça nous paraît des médicaments très lourds ou compliqués avec beaucoup d'effets indésirables ».*

*MG 7 : « C'est quand même pas des traitements anodins ... ».*

La PrEP était parfois décrite comme inaccessible pour un médecin généraliste.

*MG3 : « oui euh ... mais euh ... jamais eu d'enseignement là-dessus, et c'est une chose ... euh oui ... il faudrait que j'aborde ça ... ».*

*MG 6 : « Bah, je pense que les médecins généralistes ne sont pas informés sur le sujet, qu'ils n'osent pas trop, que du coup ça leur paraît un peu inaccessible ».*

Ils avançaient aussi une crainte de mettre en danger leur patient par leur manque d'expérience en la matière.

*MG5 : « Bah de ne pas, pouvoir suffisamment informer mon patient sur les effets indésirables notamment, euh ... qui est pas un mésusage mais qui est une mauvaise utilisation du produit par un manque de connaissance vis-à-vis du patient, du coup une prise de risque ».*

Plusieurs médecins exprimaient l'importance d'avoir la possibilité de prescrire la PrEP ou à défaut d'orienter convenablement les patients.

*MG 2 : « Non, ce qui était urgent de faire à mes yeux, c'était de permettre donc d'ouvrir la prescription à tous les médecins. De façon à ce que ceux qui se sentent pas à l'aise, bah le font pas, et y'a plein de médecins qui n'ont jamais fait un examen gynécologique de leur vie, hein, c'est normal. Y'a plein de médecins qui ne savent pas ce qu'est une dépression, hein, c'est normal. Ils ont pas envie de soigner ça, bah c'est tout qu'ils ne le soignent pas. Y'a plein de médecins qui ne vont pas palper les couilles de leur patient, bon bah c'est tout, euh je veux dire, le propre de la*

*médecine générale, de la médecine tout court d'ailleurs, c'est que chacun fait ce qui lui plait, enfin ce qui lui plait, ce qui lui paraît à sa portée etc ... ».*

*MG 4 : « Les connaissances de base pour orienter le patient ça le médecin généraliste devrait les avoir ».*

### 3.2.3. Manque de demande des patients

On relevait moins d'une vingtaine de patients sous PrEP au sein de toutes les patientèles confondues des douze médecins interrogés, Les praticiens, qu'ils soient prescripteurs ou non remarquaient une très faible demande dans leur consultation.

*MG 1 : « Personnellement, je n'ai jamais initié la PrEP. Pas par conviction de je ne veux pas le faire, mais juste je n'ai pas eu l'occas'. Euh voilà. J'ai pas mal de collègues qui le font. Donc, bah c'est tout ».*

Or la demande des patients permettrait au praticien de franchir le premier pas.

*MG 1 : « Bon après de toute façon, moi, enfin le truc, ça va être le patient déclic. Tu as toujours un espèce de patient alpha qui te fait faire le premier truc un peu rigolo quoi ».*

Les patients étaient identifiés comme source de stimulation pour la formation du médecin.

*MG 11 : « On ne peut pas se former parfaitement à tout, et c'est la patientèle qu'on voit qui va déterminer nos, nos, nos champs de compétences ».*

*MG 8 : « Si les patients savent qu'ils peuvent en parler à leur médecin généraliste, ça pousserait justement les généralistes à se former et à en prescrire. Parce que je pense que ça part beaucoup des patients. Si les patients nous en demandent et bah on en prescrira ».*

Les praticiens évoquaient la possibilité que les patients n'osaient peut-être pas demander, jugeant parfois l'image que renvoie le médecin.

*MG 2 : « Soit parce qu'il n'avait pas la confiance nécessaire en leur médecin dans ce domaine-là [...] alors confiance ça peut être aussi est-ce que mon médecin généraliste connaît la PrEP ».*

*MG 1 : « Euh, oui, alors le truc c'est que ce qui est très très très drôle, c'est que moi je me suis aperçus que quand j'étais ... quand j'ai les cheveux courts ... bah ça va vachement mieux pour parler avec mes patientes ... et mes patientes m'imaginent plus peut être homosexuelle ou je ne sais pas, par contre quand je suis enceinte, mes patientes, elles me disent toutes qu'elles sont hétérosexuelles et machin et que je me rends compte que ce que tu transmets comme apparence, et bah en fait ça compte vachement donc j'espère rester toujours assez ouverte d'esprit ou montrer assez d'ouverture d'esprit pour que les patientes continuent de parler ».*

Le manque de recrutement de patients pourrait justifier des ignorances à propos de la PrEP.

*MG 4 : « Après moi je ne me sens pas forcément à l'aise sur la PrEP parce qu'encore une fois on en prescrit pas trop. Parce que je n'ai jamais encore été confronté à une situation où je devais la prescrire mais bon ... ».*

### **3.3. S'informer et se former sur la PrEP**

#### **3.3.1. S'émanciper des idées reçues**

Au travers des différents entretiens, un lien fort s'établissait entre le niveau de connaissance autour de la PrEP et sa promotion. Les médecins témoignaient d'ailleurs de leur expérience.

*MG 1 : « Après je pense vraiment que l'intervention du congrès était tellement top que bah en fait, tu te disais juste bah en fait je suis con ... ».*

L'information sur la PrEP semblait lever les craintes que certains pouvaient avoir notamment sur le risque d'augmenter la résistance du VIH aux anti rétroviraux ou encore de promouvoir des comportements à risque en la prescrivant.

*MG 6 : « C'était une idée que j'avais aussi avant d'en faire. Et finalement, d'en discuter aussi en formation justement, et qu'en fait, bah de toute façon, ces gens qui prennent la PrEP et bah s'ils prenaient pas la PrEP et bah potentiellement ils prendraient quand même des risques. Donc de toute façon c'est tout ce qu'on voit dans les critères justement, ils ont déjà eu des IST, ils ont déjà des rapports pas protégés ».*

*MG 8 : « Suite à la formation que j'avais eu au JRM, franchement ça avait duré même pas 5 min la formation de l'infectiologue donc tu te dis bon en fait c'est pas très sorcier !!! Suite à cette formation, oui, mais sinon oui j'aurais eu des réticences ... ».*

Bien que la primo-prescription de la PrEP soit à ses balbutiements dans les cabinets des généralistes, l'accent semble à mettre sur la transmission du savoir pour démocratiser ce médicament qui paraît encore obscur pour certains.

*MG2 : « Alors oui ce que je pourrais rajouter c'est que : tous les médecins n'en feront pas. Mais on peut pas leur demander de tous en faire mais au moins maintenant ceux qui veulent en faire bah ils peuvent le faire. Et le message qui devra passer, du moins je l'espère c'est putain c'est pas si compliqué que ça ».*

### 3.3.2. Informers la patientèle

La plupart des médecins interrogés déplorent le manque de demandes du côté patient.

*MG 8 : « Du coup ça nécessite d'identifier le patient cible, d'être formé, et voilà ... Tandis que si le patient vient vers nous, il nous fait part de sa demande, bon bah voilà, on est très fortement impliqué ».*

L'information des patients est donc aussi capitale pour permettre de mieux connaître l'offre médicale et de se présenter comme répondant aux indications de la PrEP. Il semble y avoir une information inéquitable d'ailleurs dans la patientèle : les médecins observaient que la PrEP était déjà bien connue de certaines communautés d'HSH. Elargir la connaissance à des cercles plus variés est un objectif.

*MG 8 : « Si les patients savent qu'ils peuvent en parler à leur médecin généraliste, ça pousserai justement les généralistes à se former et à en prescrire. Parce que ça part beaucoup des patients, si les patients nous le demandent et bah on le prescrira ».*

*MG 12 : « Oh souvent c'est ... euh ils ne me disent pas leur source mais c'est je pense, ils en parlent beaucoup d'entre eux, au sein de ... enfin tu vois avec les personnes qui prennent déjà la PrEP, je pense que c'est plutôt ça et après l'information complémentaire ... enfin ils savent déjà qu'il y a des prises de sang, des contrôles, euh et quel type de prise ».*

De façon plus globale, il s'agissait d'encourager auprès des patients la discussion sur la santé sexuelle et en ça, toujours laisser ouverte la porte sur le sujet.

*MG 7 : « Mais la parole est relativement libre, on voit qu'ils ont relativement confiance ».*

*MG 8 : « Tandis que sur des adolescents ou des adultes plus jeunes, j'ai l'impression de leur apporter qqc, sur euh sur ça ».*

### 3.3.3. Informers les praticiens

Tomber dans l'écueil du manque de formation est toujours facile. Il est cependant une réelle problématique soulevée par les médecins.

Dix médecins sur douze se trouvaient insuffisamment formés sur la PrEP.

*MG 7 : « [au sujet de se sentir bien formée] A priori bah non parce que j'étais pas au courant ... ».*

Ils éprouvent le besoin d'aller se renseigner sur différentes sources. Internet reste la source la plus citée. D'autres base de données sont citées, tels que des revues comme Prescrire©, des livres comme le Doroz©, des sites internet comme le Vidal©. FormaPrEP

et VIH clic ne sont cités qu'une seule fois au cours des entrevues.

*MG 4 : « J'irais sur internet, je chercherais des sites de référence. Du coup j'irais sur internet, j'irais voir plusieurs sources mais je regarderais les reco ... Je pense qu'ils ont fait des reco assez complètes ».*

Globalement, les médecins non prescripteurs perçoivent ce qu'est la PrEP mais manque d'informations sur comment la mettre en pratique dans un cabinet de médecine générale.

*MG 11 : « C'est par ignorance pratique, parce que théorique je me renseigne un peu, mais par ignorance pratique, j'ai du mal à franchir le cap ».*

*MG10 : « Oui, bien sûr, revoir la posologie, les contre-indications [...] Le nom du médicament même, je ne sais pas s'il faut marquer PrEP ou autres choses ».*

Pour promouvoir la primo-prescription de la PrEP dans les cabinets de médecine générale, plusieurs pistes d'amélioration sont proposées. La première étant de travailler et diversifier les sources d'informations, les médecins généralistes suggéraient aussi de réaliser des enseignements autour de la PrEP au travers des FMC ou des accès rapides via le kit médical par exemple.

*MG 6 : « Mais je pense qu'il faudrait des formations. On a des DPC sur plein de chose, bah je pense qu'il faudrait faire ça pour la PrEP ».*

Ils pointaient le manque de temps pour la formation notamment dans cette période troublée par le coronavirus. Plusieurs médecins soulevaient le fait qu'ils ne pouvaient pas se former parfaitement à tout.

*MG 11 : « Il y a pas fondamentalement de bon ou de mauvais médecin, c'est juste que bon, je pense que on a pas tous le même investissement dans la formation médicale continue, on n'a pas tous les mêmes affinités en formation continue, et on ne peut pas se former parfaitement à tout ».*

*MG 6 : « On est pas dans une dynamique de tiens, on va aller se former sur tel ou tel sujet pour faire ça en plus, on est tellement déjà tous archi débordés par la patho actuelle ... que ... enfin je pense, que du coup ça bloque un peu ... Mais je pense qu'il faudrait des formations. On a des DPC sur plein de chose, bah je pense qu'il faudrait faire ça pour la PrEP ».*

Certains sont même plus tranchés et ne ressentaient pas le besoin d'accroître leurs compétences.

*MG 5 : « Je pense que chacun a son domaine de compétences, et le médecin généraliste doit rester évidemment dans ce qu'il sait faire le mieux, et pas forcément de développer de nouvelles compétences qu'il pourrait ne pas bien connaître et mal utiliser je pense ».*

Enfin face au manque de temps, et au manque de recrutement de patients, un médecin interrogé soulignait le peu d'attrait à se former si le service rendu était faible dans sa patientèle.

*MG 11 : « C'est pas rentable, parce que je vais passer une demi-heure, à potasser ça et puis comme j'aurais pas mis en pratique pendant deux mois et bien je vais oublier, donc c'est pas ... ».*

Les médecins restaient cependant optimistes sur l'arrivée de la PrEP en soins primaires, et affirmaient pour certains que le temps était un facteur facilitateur.

*MG 8 : « Boh c'est super, c'est super [...] il faut que ça fasse son chemin, et ça va faire son chemin et tout doucement, les généralistes seront plus ... seront plus à l'aise avec cette famille, cette classe thérapeutique ».*

## **4. Primo-prescrire la PrEP en médecine générale**

### **4.1. Organiser sa consultation**

#### **4.1.1. Identifier les bons patients**

L'arrivée de la PrEP en médecine générale s'accompagnait d'un regard positif, que les médecins interrogés soient prescripteurs ou non. Pour eux, la prescription d'une PrEP passait inévitablement par le besoin d'identifier les bons patients. En cela, ils proposaient de poser des questions orientées, à la recherche de critères d'éligibilité notamment en abordant les questions d'orientation sexuelle.

*MG 3 : « déjà, les identifier ! et donc ... euh ... si on a une impression que ... dire bon, on peut parler de votre orientation sexuelle, comment vous fonctionnez ? très simplement, est ce que vous pensez être en sécurité ou pas ? et puis, savez-vous que ? mais bon voilà, mais euh ... voilà. »*

*MG 8 : « Bah la question que tu posais tout à l'heure sur l'orientation sexuelle de nos patients, elle est bonne. Parce que ça partirait surtout de là. Et n'ayant pas l'idée de l'orientation sexuelle de mes patients, homosexuel .. En tout cas, si c'est clairement établi que je vois un patient, je suis un patient homosexuel et euh .. oui la du coup je serais amené à lui en parler ».*

Les médecins généralistes interrogés identifiaient comme relevant potentiellement d'une PrEP uniquement des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. La prostitution, notamment féminine, n'est que peu retenue en tant qu'indication de PrEP. Quelques médecins relevaient d'ailleurs la difficulté d'aborder ce sujet au sein d'une consultation.

MG2 : « Pour la PrEP ? ah bah oui c'est que des mecs [...] Donc voilà, quoi, ça cible quand même des populations un peu particulières. Alors moi je vois pas tellement de prostitués euh voilà donc reste surtout les homosexuels hommes ... ».

MG 1 : « C'est-à-dire que en fait, ce qu'ils nous disaient sur la PrEP c'est qu'il y a quand même plus de 50% des potentiels PrEpeurs qui seraient des femmes, et en fait c'est hyper compliqué pour moi de dépister. Enfin, de savoir sur quel point d'appel, je vais aller demander à une femme est que vous seriez pas ... enfin, combien avez-vous de partenaires ... et machin, machin. Combien vous avez de partenaires, je sais le poser comme question. Mais je m'interroge vraiment sur est ce que c'est votre ... est ce que c'est rémunéré ? »

Il existait une vraie difficulté pour les médecins à identifier les patients potentiellement éligibles, qui imposait parfois un investissement temps rentabilité peu favorable.

MG 11 : « Alors c'est vrai que, là c'est peut-être un peu frustrant parce que c'est vrai que pour 10 fois où on va en parler, il y a une fois où va avoir vraiment des avancées. Donc c'est pas forcément le plus rentable quoi ».

Globalement, les praticiens confessaient être plus à l'aise pour répondre à la demande de leur patient que de les identifier eux-mêmes pour proposer ce type de prévention.

#### 4.1.2. Transmettre les bonnes informations

Une fois ces personnes identifiées, ils proposaient de délivrer une information adéquate et de rediscuter des prises de risques, des différents schémas de prescriptions, du suivi, du dépistage et surtout de bien réinsister sur le fait que la PrEP ne protège pas des autres IST.

MG2 : « Bah rien, je vous dis-moi ma conviction est très simple : les gens qui en ont besoin le savent, les gens qui pourraient en avoir besoin, on peut leur signaler que ça existe. Voilà ».

MG 9 : « Mais voilà, j'avais essayé de creuser un petit peu sur le pourquoi du comment. Comment il était venu à se demander ça ? Comment lui aussi eu vent de cette possibilité là. ET puis, oui quels étaient les éventuels risques qu'il avait pris et je lui avais bien expliqué aussi que bah évidemment ça ne protège pas contre tout. C'est évident. J'avais bien insisté là-dessus, que ça fait pas tout, c'est important évidemment. Mais il n'y a pas que ça, et c'est pas parce qu'on prend la PrEP qu'il ne faut pas faire attention à tout le reste ».

Contre toute attente, les médecins non prescripteurs, même s'ils se déclaraient peu à l'aise avec l'utilisation pratique de la PrEP, se projetaient dans une consultation déjà bien établie et sécuritaire pour le patient. Quelques-uns exprimaient tout de même une peur d'oublier des données, justifiée par un manque d'habitudes ou de connaissances et donc une crainte d'une mauvaise utilisation par le patient.

MG5 : « Bah de ne pas, pouvoir suffisamment informer mon patient sur les effets indésirables notamment, euh ... qui est pas un mésusage mais qui est une mauvaise utilisation du produit par un manque de connaissance vis-à-vis du patient, du coup une prise de risque ».

#### 4.1.3. Echelonner les consultations

Tous les praticiens interrogés décrivaient une consultation en plusieurs temps. Pour les médecins déjà prescripteurs, il s'agissait de laisser du temps à leur patient pour intégrer toutes les informations transmises et pour réaliser le bilan d'IST et sanguin nécessaire avant l'instauration du traitement.

MG 12 : « Voilà, j'essaie de donner le plus d'informations possibles sur la prise, sur les potentiels effets secondaires du traitement, euh et puis dans tous les cas je le revois à un mois pour refaire le point avec eux sur comment la prise a été, enfin c'est moi ou ma collègue comme je fais des remplacements. C'est pas forcément toujours moi qui les revoit par la suite. Euh, donc voilà ça c'est la première consultation, donc je ne prescris pas la PrEP à la première consultation, j'attends le premier bilan avant de la lancer ».

Pour les médecins néophytes, l'espacement de la prescription en plusieurs consultations était une garantie de temps pour compléter leurs connaissances.

MG 11 : « Alors, si un jour j'ai une question explicite, euh de ... bah écoute, je pense que bon, normalement, je pense que je lancerai un premier bilan d'IST, je me documenterai entre deux euh pour trouver les tenants de la primo prescription et s'il y a pas de contre-indications, j'irai ».

MG 4 : « Et ... je le gèrerais sur plusieurs consultations. En fait, si demain je recevais un PrEPpeur, je lui dirais, bon bah voilà il y a cette solution-là qui est envisageable. Je vous donne les modalités, je vous laisse y réfléchir et puis par contre vous venez me reconsulter d'ici 10 à 15 jours pour qu'on en rediscute. Et entre temps, je me mettrai à jour sur vraiment les recommandations, les prescriptions, les posologies etc ... pour dire de pouvoir être efficaces sur la consultation d'après et de pouvoir tout lui donner. C'est dommage, enfin c'est dommage de pas le prescrire et c'est comme ça que je ferais ».

De plus, certains médecins voyaient la PrEP comme une occasion supplémentaire pour suivre leur patient plus régulièrement.

MG5 : « Et donc éventuellement après revoir le patient, un peu comme un suivi chronique. Euh instaurer cette confiance, et donc qu'il revienne reconsulter rapid... enfin non pas rapidement mais régulièrement je pense ».

## 4.2. Répondre à la demande de mon patient

### 4.2.1. Rôle d'informateur

Les médecins généralistes évaluaient leur rôle d'informateur comme central dans la PrEP,

qu'ils soient ou non prescripteurs.

*MG 10 : « Pour la prévention des IST, tester aussi chez les garçons. Même si c'est pour les deux sexes. Peut-être insister un peu plus. Parler de la PrEP enfin des choses comme ça ».*

*MG 6 : « Et après, et bah comme il a eu des prises de risque, et bah on a discuté PrEP. Je lui avais dit que je le faisais et il fallait pas hésiter et du coup on en est venu je le vois pour de la PrEP au CEGIDD et après ici pour le suivi parce que du coup ça peut se faire tout à fait en ville ».*

Ils se sentaient investis d'un rôle particulier dans la PrEP par leur position idéale en ce qui concerne la prévention. La connaissance accrue de la vie de leur patient leur permettait de proposer des moyens de prévention personnalisés

*MG 12 : « Et du coup, non je trouve que c'est entre guillemets pas mal de donner aussi un petit peu plus de possibilités au médecin traitant qui est là justement pour ce qui est prévention. Ça permet aussi d'être un peu plus complet dans la prise en charge des patients, dans le partage de l'information ».*

*MG 9 : « On en avait discuté pas mal, et là comme c'était une des fois où on y [la PrEP] était confronté, j'avais passé un petit temps à regarder, à chercher des infos, ensemble, des infos fiables. Euh pour l'orienter au mieux ».*

#### 4.2.2. Comprendre la demande

De l'expérience relatée par les prescripteurs, le patient venait le plus souvent avec sa demande. Celle-ci était souvent abordée d'emblée, sans détour et constituait le motif de la consultation. Les patients concernés étaient le plus souvent des HSH, déjà bien informés sur la PrEP. Il s'agissait alors de s'assurer que les informations connues soient bien les bonnes.

*MG 2 : « Bah c'est toujours un prétexte. Si j'ai à faire des gens un minimum intelligent, ce qui est souvent le cas, qui sont par exemple homosexuel si c'est à ça que vous faites allusion, bah ils savent déjà, je ne leur apprend rien. Ils en savent 10 fois plus que moi ».*

*MG12 : « C'est pas moi qui ait entamé la consultation dessus. Souvent, ils sont très bien renseignés, donc c'est vrai que moi je leur fais mon petit speech pour euh voilà, bine leur redonner les informations, et avoir, essayer d'avoir le maximum d'informations, et euh je sens que c'est un peu rébarbatif pour eux ».*

Au-delà de réelle prise de risque, les médecins identifiaient la demande de PrEP chez leur patient plutôt comme une solution supplémentaire pour sécuriser leur vie affective.

*MG 6 : « Du coup c'est moi je prends la PrEP toi tu prends la PrEP donc c'est bon on peut y aller ».*

*MG 12 : « Alors plutôt homosexuel, mais pas de pratique à risque, c'est plutôt pour sécuriser ... Ils*

recherchent plutôt la sécurité avant tout mais sans pratique à risque ».

Ils observent aussi un phénomène sociétal autour de la PrEP dans les communautés HSH.

MG 6 : « Ça peut du coup inciter certains à prendre une PrEP, parce que maintenant c'est aussi ... de plus en plus, je sais que les patients sur les réseaux sociaux etc... ils savent s'ils ont ... enfin ils se disent PrEPpeurs ou pas, enfin, ... Du coup, je pense que maintenant, ceux qui veulent pouvoir faire un peu ce qu'ils ont envie avec ceux qu'ils veulent, il faut un peu être PrEPpeurs pour pouvoir ... enfin dire qu'ils le prennent. [...] J'ai l'impression, que ça libère un peu, enfin pour faire des rencontres bon bah voilà ... ».

#### 4.2.3. Orienter vers les bonnes structures

Tous ne se sentaient pas à l'aise et ne souhaitaient pas être prescripteurs de PrEP, mais les différents généralistes s'accordaient a minima sur la nécessité de délivrer de bonnes informations et d'orienter vers les bonnes structures.

MG4 : « Ouais, identifier et donner les premières informations, donc délivrer déjà les premières informations, et puis après envoyer pour ce qui s'agit de la prescription ».

MG 7 : « L'important c'était de pouvoir repérer et de pouvoir arriver à diriger la personne ».

Certains proposaient une orientation vers les CEGIDD ou un infectiologue.

MG11 : « Euh, alors franchement, je ne me lancerais pas, j'orienterais, mais je ne me lancerais pas à prescrire seul. Du coup, si je vois qu'il y a un doute, ou qu'il y a quelque chose, j'orienterai vers le centre euh ... vers un CEGIDD par exemple ».

MG 5 : « [en parlant de la primo-prescription] C'est bien mais ça n'exclut pas le suivi avec le médecin spécialiste je pense [...] Bah je pense, qu'en partenariat avec le médecin spécialiste en infectiologie, c'est bien que nous puissions avoir la main sur le patient, faire son suivi médical ... ».

Un d'entre eux proposait la présence d'un médecin généraliste référent, identifié dans chaque unité de soin géographique.

MG 4 : « Les connaissances de bases pour orienter le patient ça le médecin généraliste devrait les avoir, par contre pour ce qui est la prescription et le suivi, je trouverai ça logique si les conditions, enfin si la démographie médicale le permet et si l'organisation locale le permet, il y ait un médecin référent, chez qui on pourrait adresser nos patients ».

Enfin tous s'accordaient à dire qu'il est nécessaire de se former son réseau.

MG 4 : « Après c'est toujours pareil, ça dépend comment tu es installé, enfin qu'on soit proche ou pas des spécialistes, quand on est installé depuis un certain temps, on les connaît, on sait à qui adresser même si on est entre guillemet dans un lieu géographique qui est isolé ».

### 4.3. Travailler ensemble

#### 4.3.1. La PrEP reste associée à une médecine de spécialité

La PrEP, par son historique, est associée à une médecine de spécialité. Ce sentiment de relever de l'infectiologie peut donner l'impression que cette prophylaxie est moins accessible à un cabinet de médecine générale.

*MG 4 : « Enfin moi c'est comme ça que je le vois. En fait, les médecins chez qui ils vont et bah ils ont des compétences qui ... enfin les patients sont à la recherche de compétences qu'on ne retrouve pas forcément chez le médecin traitant ».*

Selon un des médecins généralistes interrogés, les patients accorderaient plus de confiance en la prescription d'un infectiologue qu'en la prescription du médecin généraliste. Il développait le concept de caution morale.

*MG 11 : « Quand le primo-prescripteur, qui plus est un infectiologue, il a « la caution morale » du traitement. Il a toute la confiance du coup du patient [...] Bah, il y a ... Je pense qu'il y a une question de confiance, mais je pense aussi et c'est ce que je te dis, je pense qu'il y a une caution morale, c'est-à-dire qu'en fait, il y a le spécialiste et il a cette légitimité parce qu'il est spécialiste. ».*

Il poursuivait en illustrant avec l'exemple de la pandémie à COVID 19.

*MG 11 : « Et pendant le covid, on a vu un petit peu, euh ... je lisais des petits articles dans la presse, comme ça, en gros t'es généraliste, si l'infectiologue, si tel infectiologue des médias a dit ça bah c'est que c'est ça. C'est forcément beaucoup mieux, hein ».*

De plus, pour les PrEP déjà initiées, donc prescrites par le médecin infectiologue, les patients avaient tendance à conserver leurs habitudes.

*MG 2 : « C'est-à-dire ils n'ont pas changé si vous voulez ; ils avaient l'habitude d'avoir leur PrEP je ne sais pas où et ils continuaient à aller chercher leur PrEP au même endroit ».*

Pour le patient, se posait une autre problématique : est-ce que cette prophylaxie, prescrite il y a encore peu à l'hôpital, est connue de mon médecin traitant ?

*MG 2 : « Alors confiance ça peut être aussi est ce que mon médecin généraliste connaît la PrEP. Bah ils avaient l'air de dire à Tourcoing que non, les autres ils ne connaissent pas trop et donc qu'il fallait retourner à Tourcoing ».*

Certains médecins s'interrogeaient sur leur légitimité vis-à-vis de la PrEP par rapport au médecin infectiologue.

*MG 11 : « Et c'est là que je pense qu'en tant que médecin généraliste, on est pas forcément euh ...*

les mieux placés, parce que c'est charge à nous de s'intéresser aux molécules prescrits par les spécialités ».

#### 4.3.2. Améliorer la transmission des infectiologues vers les médecins généralistes

Volontaires de toujours pouvoir accorder un service de qualité à leur patient, les médecins généralistes proposaient quelques voies d'amélioration pour travailler main dans la main avec la médecine hospitalière et ainsi trouver leur place dans cette nouvelle prescription qui leur est accordée.

La première chose identifiée était d'améliorer la visibilité des médecins généralistes à l'hôpital en renforçant le lien qui les unissent.

*MG 11 : « La, à Boulogne dans le projet de soins on est fait pas mal de chose, on va essayer de faire pas mal de choses, notamment relation ville-hôpital, notamment les spécialistes ».*

Ce lien pourrait s'établir par l'envoi de courrier au médecin généraliste lorsqu'un patient initie une PrEP en service d'infectiologie ou en structure type CEGIDD. Plusieurs médecins proposaient de détailler ce courrier avec quelques notions à bien avoir en tête pour prendre le relai de la prescription par la suite. Certains souhaitaient renforcer l'information du patient par l'infectiologue de la possibilité d'effectuer son suivi en cabinet de médecine générale.

*MG 6 : « Qu'on envoie par exemple un courrier à leur médecin traitant pour leur dire bah voilà un tel il va démarrer la PrEP, le suivi c'est ça et bah vous si vous voulez continuer allez-y »*

*MG 11 : « Après certainement que, hmmm, je me disais que s'il y a avait un premier courrier de liaison avec une primo prescription et que le courrier, le volet à destination du médecin il y a avait, sans remettre la reco HAS recto verso, s'il y avait un petit Guidelines, et bah la prescription c'est ça, les points de surveillance c'est ça. Et ... qu'on puisse s'approprier la molécule et le suivi quoi ... ».*

*MG 8 : « Ça part de la primo-prescription et peut être de la délégation de tâche du primo-prescripteur, sur le médecin généraliste, ou du coup il pourrait y avoir un transfert de tâche du primo-prescripteur vers le médecin généraliste, avec tout simplement des consignes claires dans le courrier, en disant ça peut être renouvelé par le médecin sous réserve de tel bilan, tel bilan etc... et tel précaution. Le suivi serait beaucoup plus facilité en tout cas, s'il y a une primo ... si dans les courriers de l'infectio vers le généraliste, il y a les consignes de suivi et de renouvellement. Je pense que ça aussi libérerait .... Enfin ça pourrait tenir dans un paragraphe type pour le suivi. Et du coup, le généraliste serait armé pour voilà faire le suivi de ces patients-là ».*

Quelques praticiens proposaient la réalisation d'enseignements dirigés sur la PrEP réalisés par les infectiologues au même titre qu'ils réalisent déjà des enseignements sur les IST.

MG 7 : « Dans les formations médicales. Par rapport à tout ce qui avait été ... les IST euh c'était Tourcoing qui nous avait fait des formations à l'époque euh et c'est toujours pas mal d'avoir des gens pour ... ».

#### 4.3.3. Faciliter sa consultation

Conscientieux de ne pas se laisser déborder dans leur consultation, les médecins généralistes, identifiaient quelques aides numériques et/ou humaines permettant de leur faire gagner du temps tout en s'assurant de délivrer une information claire et complète aux patients.

A ces fins, ils proposaient dans un premier temps d'augmenter le temps de la consultation pour ce genre de demande.

MG 1 : « Bah je pense que clairement, la primo-prescription je prendrais plus de temps. Ce serait une consultation d'une demi-heure où tu vérifies que tu es bien, que tu es gnagna, que tu as fait tous les bilans et les machins machins ».

D'autres suggéraient d'avoir dans leur logiciel des ordonnances pré-établies.

MG 6 : « Non, en fait, on peut très bien se dire quelqu'un qui a eu sa formation, qui se sent prêt, qui prépare ses ordos sur son logiciel, maintenant c'est bien fait, que tout est préparé, J-0, M-1, tout ça bah non en fait ça va ... ».

Parce que les médecins généralistes restaient conscients que la PrEP ne ferait pas partie de leur plus gros volume de prescription, à l'inverse d'un traitement anti-hypertenseur ou d'un anti diabétique, ils souhaitaient pouvoir se référer à un document type afin de ne pas omettre d'informations clés.

MG 6 : « Après c'est vrai que c'est bien d'avoir un document référence euh ... pour bien se remettre en tête, quel bilan à quel moment, ce qu'on fait etc ... Les modes de prises, surtout en discontinu qui peuvent ... même moi des fois pffff ... heureusement qu'on a des mémos parce que voilà ».

Un des médecins exprimait le souhait de pouvoir déléguer certaines responsabilités et de travailler avec les pharmacies avoisinantes sur une éducation thérapeutique.

MG 5 : « Voir éventuellement avec la pharmacie si elle peut faire une petite éducation thérapeutique également. Parce que moi faut bien te douter qu'en 15 min de temps je n'ai pas le temps tu vois [...] Et euh ... via les pharmacies et leur délivrance de médicaments envers les patients, en insistant bien sur l'éducation thérapeutique pour dire qu'ils sont autorisés à passer par leur médecin traitant pour leur renouvellement ».

Enfin, le souhait était prégnant chez les médecins interrogés d'avoir accès facilement à une

information claire et concise, rapidement accessible et lisible pendant une consultation.

## DISCUSSION

---

### 1. Discussion des résultats

#### 1.1. Modèle explicatif

Le but de cette étude qualitative était de recueillir l'avis des médecins généralistes sur l'ouverture de la primo-prescription de la PrEP en cabinet de médecine générale.

Les entretiens menés auprès d'un échantillon de médecins généralistes dans le Nord-Pas-de-Calais ont soulevé de nombreuses thématiques : la position centrale du médecin généraliste dans la prise en charge de son patient, leur rôle capital dans la prévention et notamment celle du VIH, l'abord de la santé sexuelle en cabinet, l'organisation pratique d'une consultation, la formation des généralistes tout au long de leurs parcours professionnels, les systèmes de communication des pouvoirs publics, la relation spécialiste-généraliste et la transmission d'informations.

Trois axes se détachent au sein du modèle explicatif proposé autour du ressenti des praticiens libéraux sur la PrEP dans leur pratique courante :

- La connaissance : la PrEP nécessite des connaissances pour le médecin mais aussi pour son patient.
- Le dialogue : véritable socle de la relation soignant-soigné, l'interaction de l'un à l'autre notamment autour de la santé sexuelle est primordiale pour aborder un sujet comme la PrEP.
- L'organisation de la consultation : la PrEP est une nouvelle pratique pour les médecins généralistes, ils partagent leur conception d'une consultation PrEP.

Au travers de ces trois grandes vignettes, les médecins ont exprimé les freins mais aussi les éléments facilitateurs à la primo-prescription de la PrEP en médecine générale.

Le modèle explicatif présenté ci-dessous permet d'appréhender le système global qui conduit à une prescription de PrEP dans une consultation de généraliste.

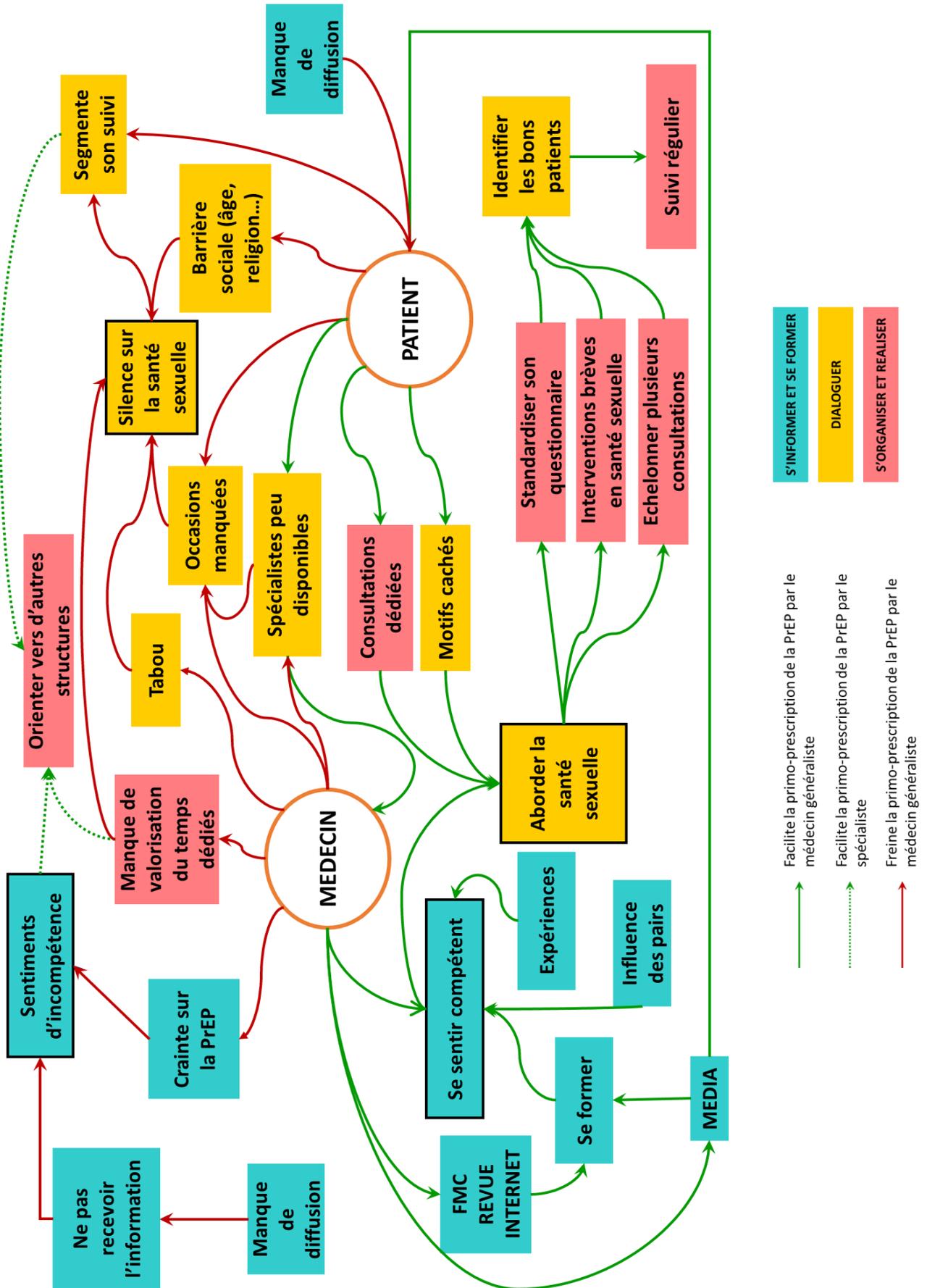


Figure 1 : Ressenti des médecins généralistes sur la primo-prescription de la PrEP

## **1.2. Faciliter le dialogue**

Le dialogue est le socle du couple formé par le patient et son médecin généraliste. Ce dernier est d'ailleurs vu par les patients selon une étude belge comme le « prestataire de soin » le plus apprécié par la population (28). L'approche qu'il a de son patient tient compte du milieu dans lequel il évolue. La position privilégiée du médecin généraliste permet d'appréhender son patient dans son modèle biopsychosocial, concept holistique développé dans les années 80 par Engel (29). Le ministère de la santé définit d'ailleurs le rôle du médecin généraliste par une écoute active permettant d'intégrer dans sa consultation le symptôme mais aussi les habitudes de vie ou encore les difficultés personnelles et professionnelles (30).

Tous ces éléments font de lui un interlocuteur central dans l'abord de la santé sexuelle. Cependant, dans mon étude les praticiens évoquaient majoritairement une difficulté à ouvrir le dialogue sur ce sujet en l'absence de plainte du patient en invoquant des barrières multiples : paraître moralisateur ou jugeant, s'introduire dans l'intimité des patients, peur de perdre ou de gêner son patient. Les professionnels de santé semblent peu sensibilisés et formés aux questions de santé sexuelle et de prévention des risques liés à la sexualité. Dans une étude nationale parue en 2019 en France (31), bien que les médecins généralistes semblaient à l'aise avec le fait de sensibiliser leur patientèle au préservatif, ils exprimaient plus de réticences à discuter du nombre de partenaires, de la fréquentation de lieux de rencontres multiples, de la fréquentation de travailleuses du sexe ou encore de l'utilisation de drogues injectables.

Pourtant dans une étude menée en 2017 dans des cabinets de généralistes dans la région du Languedoc-Roussillon (32), 81 % des patients étaient favorables à ce que l'histoire sexuelle fasse partie intégrante de la consultation de médecine générale. Dans l'étude de Macdowall (33), parler de santé sexuelle renforcerait un lien positif chez 55 à 70 % des patients sur l'implication de leur médecin dans leur bonne santé. Force est de constater qu'il semblerait finalement que derrière la gêne présumée des patients à évoquer ce sujet, se cache plutôt la gêne du soignant ; d'ailleurs, l'étude de Dyer et Nair (34) suggère que le frein ressenti des praticiens à parler de sexualité était plutôt en lien avec leurs propres croyances et stéréotypes projetés sur la relation soignant-soigné.

Faciliter le dialogue autour de la santé sexuelle et notamment des questions précises sur l'activité sexuelle, le nombre de partenaires et l'orientation sexuelle, est inévitable pour améliorer la mise en œuvre de la PrEP en cabinet de médecine générale. D'autant plus que 80 % des hommes/femmes/trans interrogés dans le « Flash PrEP in Europe survey » (54) pensent que les lieux privilégiés de prescription de la PrEP sont les centres de santé communautaires et les cabinets de médecine générale. Cependant, dans un travail réalisé à Clermont-Ferrand, 63 % des patients sont prêts à se voir prescrire une PrEP par leur médecin généraliste à la condition que la sexualité ait déjà été abordée au cabinet (35). Une étude parisienne constate d'ailleurs que sur les 89,6% des médecins interrogés qui déclaraient parler de santé sexuelle avec leur patient, seul 22,1 % renseignaient l'orientation sexuelle de leurs patients (36).

Afin d'améliorer ce dialogue, le Dr Aslan, médecin responsable des consultations ChemSex au CHU de St Louis à Paris, propose quelques conseils pour aborder la santé sexuelle en consultation (37) : se débarrasser de ses propres représentations, ne pas projeter sa sexualité personnelle, discerner uniquement « la souffrance » d'un sujet, avoir une position d'écoute de médecin en vue de dépister une éventuelle pathologie, pouvoir repérer un envahissement, ou une perte d'autonomie ou de liberté dans la sexualité. Il s'agit aussi d'oublier le silence et la norme gravitant autour de la sexologie et parfois de se confronter à des pratiques inconnues : dans une étude française réalisée à Paris en 2020, 64% des médecins interrogés n'avaient jamais entendu parlé de ChemSex (38). L'idéal serait de faire entrer dans la routine du généraliste les questions sur l'orientation sexuelle et le genre de naissance et actuel, comme le propose A. Sillapaswan dans son étude (39). L'OMS propose quelques conseils de communication brève relative à la sexualité (40) sous forme de questions simples et neutres telles que « avez-vous des questions sur la sexualité ou des préoccupations dans ce domaine ? », « Votre vie sexuelle répond-elle à vos attentes ? ». Le but d'une intervention brève sur la sexualité est ainsi d'ouvrir la porte à la discussion.

Diffuser l'information de la PrEP directement auprès des usagers pour qu'eux-mêmes puissent ouvrir le dialogue en cabinet, semble une action intéressante. Dans l'étude sur les connaissances et positionnement vis-à-vis de la PrEP chez les femmes cisgenres (41), elles encouragent des interventions autour d'éducation à la PrEP dans d'autres lieux que les cabinets de médecins comme les prisons, les écoles, des groupes de paroles, via les

réseaux sociaux, ou encore via les médias (télévision, radio, panneau d'affichage). Quelques sites internet ciblant des groupes de populations existent et permettent le partage de message fort sur la sexualité. On peut citer pour les HSH le site Sexosafe (42) ou encore pour les adolescents le site onSEXprime (43).

Toujours dans l'optique d'informer les populations, la salle d'attente revêt un enjeu permettant la diffusion de messages de prévention. Des campagnes d'affichage sur la PrEP existent, on peut nommer la campagne « PrEP 4 Love » de AIDES développée en 2018 (44) (annexe 6). Elle pourrait être un moyen supplémentaire d'information via l'affichage en salle d'attente, qui reste une antichambre utile pour faire passer de l'information sur la santé comme le montre le travail de M. Gignon (45). L'affichage en salle d'attente était d'ailleurs une des propositions d'un des médecins généralistes interrogés dans mon travail.

Au-delà de la simple prescription d'un médicament, la PrEP renforce le dialogue soignant-soigné au travers de la notion de « counselling ». Concept difficilement traductible en français, il se fonde sur un échange consistant à orienter, aider, informer ou traiter (46). D'après Rogers, il existe trois conditions nécessaires au counselling pour permettre l'implication mutuelle des patients et soignants dans la relation thérapeutique : l'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel (47). La PrEP est l'occasion de mettre en place ces consultations de counselling dans un objectif d'adhésion aux soins et d'épanouissement d'une santé sexuelle plus « safe » (39). Une étude réalisée à San Francisco en 2013 soulignait que la relation de confiance avec l'équipe scientifique alimentait la motivation à prendre la PrEP (48).

Le dialogue entre le soignant et le soigné est d'un intérêt majeur notamment pour diminuer le PrEP gap c'est-à-dire la différence entre les PrEPpeurs effectifs et les gens éligibles à la PrEP. Dans une enquête européenne en 2017 (68), ce PrEP gap a été estimé à 17,4 % dans la population HSH. De même, dans une étude rétrospective menée en France en 2019, on estimait à 91 % le nombre de patient diagnostiqué VIH + éligible à la PrEP (69). Il constitue un des viviers principaux du VIH et une mission de santé publique primordiale.

### 1.3. Faciliter la connaissance

Sur les douze médecins interrogés, onze avait déjà entendu parler de la PrEP, un déclarait ne jamais en avoir eu connaissance, neuf avait été informés de l'ouverture de la primo prescription aux cabinets libéraux.

Dans l'étude de T.Chiarabai réalisée en 2021 sur les freins à la PrEP en médecine générale, 33 % des participants ne connaissaient pas la PrEP avant l'étude (49).

Une étude parisienne publiée en 2021 réalisée auprès des médecins généralistes, faisait état de 24,5% de médecins de famille ne connaissant pas la PrEP (38). Ces différences de chiffres pourraient être expliquées par un effet centre, la PrEP est délivrée préférentiellement dans les grandes métropoles comme Paris (6), il semble donc logique que les médecins exerçant dans ces grandes villes soient plus à même de connaître cette prophylaxie par une demande de leur patient plus importante.

Dans cette thèse, les résultats présentés relèvent un nombre moins important de non-connaissance de la PrEP. La différence peut s'expliquer par le mode de recrutement des généralistes interrogés : l'effet boule de neige implique des médecins évoluant dans les mêmes cercles et potentiellement ayant les mêmes sources de documentations, des similarités dans leur pratique ou encore participant à des congrès et formation communs.

Deux des douze médecins interrogés, soit 17% de l'effectif, avaient déjà primo-prescrit une PrEP. Les non prescripteurs identifiaient un frein majeur par leur manque de connaissance autour de cette prophylaxie.

Plusieurs études mettent en exergue cette limite, comme ce travail parisien en 2020 (38), où 73 % des médecins généralistes interrogés désiraient plus de formation sur la PrEP. Ce même constat ressort dans l'étude nationale sur les freins à la prescription de la PrEP en médecine générale (49).

Le manque de connaissance autour de la PrEP peut s'expliquer par son caractère récent, et sa prescription initialement réservée à une médecine de spécialité. La PrEP fait son apparition dans le référentiel de l'ECN qu'en 2018 (50). Seules les jeunes générations de médecins y ont été sensibilisées pendant leur deuxième cycle d'étude. Cela peut expliquer que les médecins plus jeunes semblent plus disposés à prescrire une PrEP comme le montre une étude américaine parue en 2016 où les médecins d'un âge inférieur à 54 ans y étaient plus enclins (51).

La problématique de la formation autour de la PrEP ne semble pas être un apanage français : dans une étude réalisée en Allemagne en 2021, 62% des médecins dits « non spécialistes en VIH » voudraient recevoir un enseignement spécifique sur la PrEP (52). En Australie, un essai paru en 2021 proposait de faciliter l'accès à des informations autour de la PrEP pour encourager et faciliter sa prescription (53). Enfin dans une étude américaine publiée en 2016, 83% des médecins interrogés souhaitaient recevoir une formation en ligne (51).

Avec l'ouverture de la primo-prescription aux médecins généralistes, de nouvelles sources d'informations ont vu le jour, notamment sur Internet. On peut citer entre autres le site FORMAPrEP (54) proposant des rappels simples sur l'épidémiologie du VIH, la prévention diversifiée, la mise en pratique de la PrEP en consultation et l'abond de la santé sexuelle en médecine générale. Les supports utilisés sont variés : pdf, diaporama, cours vidéo. Le e-learning semble être un mode d'apprentissage apprécié des médecins généralistes selon une enquête parisienne (38). FORMAPrEP regroupe aussi les coordonnées et les centres spécialisés en VIH par région, facilitant l'adressage d'un patient en cas de besoin.

Les médecins interrogés dans mon étude n'ont cité qu'à deux reprises FORMAPrEP comme source potentielle d'informations. Il répond pourtant à la demande d'accès à des informations complémentaires, exprimée par de nombreux médecins généralistes au travers des études menées sur la PrEP : une information facilement accessible, claire, avec des rappels aisément intégrables à une consultation permettant une réassurance sur la prescription et parfois de provoquer un déclic dans sa pratique (55).

Il existe d'autres documents disponibles sur Internet dont une fiche éditée par la HAS pour l'ouverture de la primo-prescription aux médecins généralistes en France (8). On peut aussi citer d'autres ressources tel que VIH Clic, outil indépendant à destination de la médecine de ville élaboré en partenariat avec différents COREVIH, la SFLS et le département de médecine générale de Paris Diderot (56), qui référence des fiches pratiques et lisibles sur la PrEP (cf. annexe 5).

Quelques revues médicales proposent des rappels pratiques autour de la PrEP : on peut citer Prescrire® qui consacre plusieurs articles sur l'arrivée de cette prophylaxie en

médecine générale (57), ou encore le Généraliste® (58). A noter aussi qu'au congrès du CNGE 2021, une plénière abordait le thème de la santé sexuelle et de la PrEP en médecine générale (59).

La formation médicale continue a été mentionnée plusieurs fois comme un levier supplémentaire d'accès à la connaissance. Dans une étude menée en Tunisie en 2018 (60), 95,9 % des généralistes désignaient la formation médicale continue comme nécessaire. Ils précisent en attendre une pédagogie active, un contenu spécifique, adapté à leur besoin du quotidien et une évaluation formative.

Au travers de ces résultats, on peut affirmer qu'il existe de nombreuses ressources fiables et adaptées à la demande des médecins généralistes et à leur mode d'exercice. Malgré cela, un constat de manque de connaissances perdure parmi les praticiens. On peut suspecter un défaut de visibilité et de diffusion de ces sites / revues / congrès / FMC permettant de transposer ces ressources méconnues à des outils du quotidien. Ce constat n'est pas que français : en Australie, les médecins pointent du doigt la nécessité d'établir un guide de prescription clair (61), à Boston, les médecins déclaraient être aptes à prescrire une PrEP si le CDC émettait des recommandations claires dans une étude menée en 2014 (62). Ces recommandations ont par la suite été publiées et ont eu un effet bénéfique sur la formation des médecins généralistes dans une étude menée en 2016 (51), celles-ci ont d'ailleurs été réactualisées en 2021 (63). En Allemagne, un document a été produit en 2018 mais du fait de son manque de diffusion n'a que peu atteint les médecins généralistes qui le regrettent (52).

Une étude menée entre 2009 et 2015 aux Etats Unis montre qu'avec le temps, la sensibilisation à la PrEP augmente (51) permettant de faire passer le nombre de médecins généralistes sensibilisés de 49% en 2012 à 66% en 2015. Ces données internationales convergent vers un avenir optimiste de la PrEP en médecine générale.

#### **1.4. Faciliter l'organisation de la consultation**

Comprendre le ressenti des médecins généralistes à l'arrivée de la primo-prescription de la PrEP en médecine générale, c'est aussi comprendre leur organisation au quotidien. En 2002, l'enquête réalisée par la DREES fait état d'une durée moyenne de 16 minutes en

consultation de médecine générale (64). Cette moyenne semble stable dans le temps selon l'enquête DOCTOLIB® réalisé en 2020 (65).

Les médecins jugent pour la plupart que 15 min de consultation est une durée trop courte pour aborder la sexualité de façon complète (53). Afin de revaloriser et d'encourager ce thème de consultation, la sécurité sociale propose une cotation particulière nommée « consultation de contraception et de prévention » ou CCP dans le NGAP. Celle-ci s'adresse aux jeunes filles de moins de 25 ans mais aussi aux jeunes hommes depuis avril 2022 et permet l'abord des IST et des moyens de contraception (66). Elle est remboursée à 100 % par la sécurité sociale avec dispense d'avance des frais. Elle est aussi mieux rémunérée qu'une consultation classique pour le médecin généraliste. Elle n'est cependant applicable qu'une fois dans le parcours de soin du patient.

Le temps n'est pas le seul obstacle dont doit s'affranchir le médecin généraliste. Les praticiens interrogés soulignent la difficulté pour eux d'identifier un patient comme à risque de VIH. La peur de ne pas estimer correctement le risque d'exposition au VIH est un réel frein à la prescription de PrEP en cabinet, réaffirmé dans l'étude de T. Chiarabani en 2021 (49). Proposer des outils d'évaluation du risque pourrait améliorer cette situation inconfortable. Une étude canadienne propose la mise en place d'un outil d'évaluation du risque au VIH standardisé sous forme de score engageant une réassurance auprès des médecins (67).

Renforcer le lien entre médecins spécialistes et médecins généralistes était un thème fréquemment abordé lors des entretiens. Beaucoup regrettaient le manque d'accointance entre l'hôpital et la ville. Dans un travail publié en 2014, médecins généralistes et médecins hospitaliers émettaient le souhait de travailler conjointement dans le suivi de leurs patients (68). Ils proposaient d'ailleurs l'amélioration de la communication via des outils comme le logiciel Nadis® pour la diffusion d'un programme personnalisé de soins. On peut aisément imaginer ce style d'offre s'appliquer à la prescription et au suivi de la PrEP. L'avènement d'Apicrypt, messagerie médicale dématérialisée et sécurisée, a révolutionné l'interaction entre médecins et notamment entre la ville et l'hôpital, permettant de diminuer le temps d'envoi de courriers et de faciliter un accès rapide en consultation aux différents courriers des spécialistes (69).

## 2. Discussion de la méthode

### 2.1. Force de l'étude

#### 2.1.1. Validité interne

Le but de cette étude qualitative était de recueillir l'avis des médecins généralistes sur l'ouverture de la primo-prescription de la PrEP en cabinet de médecine générale.

La méthode qualitative est ici particulièrement intéressante pour étudier des ressentis, données totalement subjectives, et de les analyser pour proposer un modèle explicatif où le médecin et le patient sont en interactions constantes au travers d'expériences facilitatrices ou au contraire frénatrices. Le qualitatif prend tout son sens pour recueillir ces expériences au travers d'un sujet comme le ressenti autour de la primo prescription de la PrEP.

La méthodologie développée est fiable, permettant une analyse inductive au fur et à mesure des entretiens selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée (27).

Les entretiens étaient abordés de façon neutre, sans jugement, analysés par itération, en constante comparaison dans une dynamique de codage permettant d'aboutir à un modèle explicatif final.

Afin de s'assurer d'un codage rigoureux et fiable, les données ont été triangulées grâce à l'aide d'une tierce personne permettant une confrontation des résultats et ouvrant à une analyse consensuelle.

Une suffisance des données a été atteinte, consolidée par des entretiens supplémentaires, dans la recherche constante d'une exhaustivité dans les résultats.

Enfin le sujet abordé est actuel, au cœur d'une problématique sociétale captivante, renforçant la crédibilité de cette étude (70).

Les atouts méthodologiques de cette thèse sont résumés dans la grille COREQ (71) fournie en annexe 1 permettant de s'assurer d'une méthodologie fiable et reproductible.

### 2.1.2. Validité externe

L'applicabilité des résultats exposés dans cette étude en population générale reste floue. En effet, par le recrutement dit par « effet boule de neige » et le faible effectif étudié, la représentativité en population générale n'est pas garantie. Les données sont difficilement extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes français. Néanmoins, libre à chacun de se projeter dans sa propre pratique à la lecture de mes résultats.

L'abord de la PrEP en médecine générale en France est un sujet novateur justifiant du peu de documentations permettant de comparer mon travail à la littérature. On peut cependant citer quelques travaux de thèse produit avant la possibilité pour les médecins généralistes de primo-prescrire la PrEP, comme celle du Dr Gard (72) qui étudie la perception des médecins généralistes sur la PrEP au travers d'une méthodologie qualitative, ou encore l'étude quantitative du Dr Gilles (73) analysant les connaissances des généralistes autour de la PrEP présentée aux JNI 2022. Les résultats de ces travaux font état d'un accueil plutôt positif de cette prophylaxie dans les cabinets des médecins libéraux, mais mettent en exergue une nécessité d'améliorer les stratégies de communication et d'information autour de la PrEP.

Depuis cette extension de primo-prescription, une seule étude nationale est parue dans la revue Cairn analysant les freins des médecins généralistes autour de la PrEP (49). Bien que la méthodologie soit totalement différente, on retrouve des résultats communs autour notamment de l'inconfort à prescrire pour une nouvelle indication, du manque de connaissance de la sexualité des patients ou encore le manque de formation autour de la PrEP (49). Le manque de connaissance autour de la PrEP est citée de manière récurrente dans les publications en France (38) mais aussi aux Etats Unis (39). L'élaboration d'un guide de prescription nationale semble être une demande émise par différents praticiens dans plusieurs pays où la PrEP s'est développée et facilite sa prescription (62).

Une autre difficulté soulevée dans les entretiens étaient celle qui consistait à désigner un patient comme à risque. En France, les médecins généralistes craignent sous-estimer les risques pris par leurs patients (49). Au Canada et aux Etats-Unis, les mêmes craintes sont exprimées (74).

Une autre dimension déjà soulevée est la difficulté à aborder la santé sexuelle. Dans un travail paru en 2016, parmi 3235 homosexuels interrogés, seulement 7,3% des femmes et

23,6% des hommes déclaraient avoir reçu de la part d'un médecin généraliste une intervention adaptée sur la prévention des IST ou la sexualité. Ils faisaient aussi état de certaines barrières liées à leurs orientations sexuelles : 13,6% d'entre eux déclaraient avoir arrêtés de voir leur médecin généraliste par impression de jugement de leur part. Bien que les patients ne soient pas au centre de ce travail de thèse, les médecins généralistes s'accordent majoritairement pour exprimer quelques réserves sur l'abord de la santé sexuelle lors de consultation généraliste.

A la lecture de ces résultats, ils semblent donc que les freins et facilitateurs soulevés dans ce travail soient stipulés dans d'autres parutions et attestent de résultats en accord avec la littérature.

## **2.2. Limites et biais**

Ce travail constitue un premier pas dans une discipline qui m'était jusqu'alors inconnue. Mon inexpérimentation constitue le premier biais. Un travail préparatif considérable appuyé sur un ouvrage de référence réalisé par le GROUM.F en collaboration avec le CNGE (75), et d'autres lectures sur la méthodes qualitatives (76) a néanmoins permis d'établir une méthodologie robuste et fiable.

La qualité des entretiens peut aussi être remise en question. Tout d'abord, parce qu'il s'agissait pour moi d'un premier rôle en tant que chercheur. Néanmoins la durée moyenne de mes entretiens d'environ 32 minutes atteste d'une dynamique d'entretien satisfaisante. A noter que certains d'entre eux ont parfois été coupés par des évènements perturbateurs interrompant le cours des idées de la personne interrogée. Néanmoins, la répétition de la question permettait de relancer l'entretien dans le même sens pour éviter une perte de données.

Le biais d'interprétation est minimisé par une triangulation des données effectuée par une personne tierce sur six entretiens. Il a de plus été proposé aux participants une relecture des verbatims pour éviter au maximum cet écueil. Aucun des médecins n'a souhaité relire la retranscription.

Enfin, il existe un biais d'acceptation sociale qui est difficile à quantifier lors des entretiens et pouvant transparaître au travers de propos complaisants ou non authentiques. Afin de limiter au maximum ce biais, mon attitude était neutre et sans jugement. Il était rappelé à

chaque début d'entretien que la parole était totalement libre. A noter qu'il a été convenu lors de la préparation des entretiens de présenter cette étude comme un travail sur la santé sexuelle et non sur la PrEP dans le but de limiter la recherche d'informations préalable et maximiser l'authenticité des paroles sur le ressenti des médecins généralistes autour de la prescription de cette prophylaxie.

## CONCLUSION

---

Les séroconversions et les personnes ignorantes de leur statut positif vis-à-vis du VIH restent globalement stables en France. L'exposition au VIH lors d'un rapport sexuel à risque n'est pas négligeable. La prévention diversifiée et/ou combinée est l'un des moyens de lutte contre cette prise de risque. Cette offre se veut adaptative à chacun, respectant une sexualité hédonique mais sécuritaire. La PrEP, depuis maintenant quelques années, permet d'élargir cet éventail des préventions. L'étude EPIPHARE réactualisée en 2021 a pourtant souligné un infléchissement notable de la PrEP en France pendant la crise sanitaire. Elle constate aussi une prescription quasi-exclusive aux HSH. L'élargissement de la primo-prescription de la PrEP à tous les médecins, correspond à un réel besoin d'aller au contact de toute la population et d'en faciliter l'accès. Le médecin traitant, par sa position privilégiée auprès de ses patients, devient un acteur de première ligne dans cette dynamique de prévention.

L'implantation récente de la PrEP dans les cabinets de médecine générale est encore balbutiante. Elle accueille pourtant un ressenti globalement positif chez les médecins interrogés. Ils soulignaient l'intérêt de l'approche de prévention globale et la notion de counselling inhérente à sa prescription. De plus, elle représente une porte d'accès à l'abord de la santé sexuelle. Ce thème, bien que considéré comme capital en consultation, reste entravé de tabous et de jugements. Il reste un effort à faire par le corps médical pour aborder plus aisément ces thèmes soumis parfois à une gêne et une censure. Puisque parler de PrEP c'est parler de santé sexuelle, cet enjeu est d'autant plus important qu'il permettrait de mieux identifier les potentiels futurs PrEPpeurs et de lutter contre le PrEP gap, véritable enjeu de santé publique.

Le ressenti positif des médecins généralistes sur la PrEP est réel mais souvent nuancé par un manque de connaissance théorique et pratique. Ils déplorent le défaut de diffusion de l'informations et de la formation. Certains des médecins interrogés, souvent prescripteurs, ont cependant cité quelques sources d'apprentissage comme FormaPrEP ou encore VIH clic. Ces outils, pensés pour la consultation de médecine générale, semblent cependant peu connus et souffrent d'une problématique de diffusion. Travailler sur leur visibilité représente une piste d'amélioration certaine pour affirmer l'utilisation de la PrEP en

soins primaires.

Certains médecins généralistes interrogés et notamment ayant déjà fait l'expérience de la primo-prescription de la PrEP soulignent une facilité de mise en place pour un service rendu réel : pré-requis à sa prescription simple (fonction rénale et bilan d'IST), peu d'effets indésirables, une efficacité prouvée depuis maintenant plusieurs années, un remboursement par la sécurité sociale, un engagement dans un dépistage fréquent des IST et l'absence d'émergence de résistance. A l'opposé, les non-prescripteurs expriment quelques difficultés souvent expliquées par une méconnaissance de la prophylaxie et un manque d'expérience. Son application semble parfois difficile dans une consultation classique de médecine générale bien que certains médecins interrogés entrevoient des pistes d'organisation : créer des consultations à thème sur la santé sexuelle, répartir les informations en plusieurs consultations, déléguer l'éducation thérapeutique sur la PrEP aux pharmaciens.

Cette rencontre avec certains médecins généralistes révèle un réel attrait pour la PrEP et ce qu'elle représente. Les nombreux leviers d'amélioration soulevés au cours des douze entretiens sont autant de pistes à explorer pour faciliter l'abord de cette prophylaxie par les médecins de famille. Ils sont optimistes sur le fait que le temps aidera à son implantation en soins primaires, avec l'aide des médecins spécialistes pour les épauler dans de nouvelles habitudes mais aussi vers les nouvelles technologies à venir concernant la PrEP (cf annexe 7).

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

1. A D, A D. Olivier Véran annonce la simplification de l'accès à la Prophylaxie pré exposition (PrEP) au VIH : une avancée supplémentaire pour lutter contre l'épidémie de VIH. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/olivier-veran-annonce-la-simplification-de-l-acces-a-la-prophylaxie-pre>
2. Paitraud D. VIH : la primoprescription de la PrEP autorisée en ville à compter du 1er juin 2021. VIDAL. 1 juin 2021  
<https://www.vidal.fr/actualites/27189-vih-la-primoprescription-de-la-prep-autorisee-en-ville-a-compter-du-1er-juin-2021.html>
3. 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*. 2 déc 2015;373:2237-46.
4. 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.
5. HAS. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques). 2019  
PREP003-Fiche\_de\_Bon\_Usage\_du\_Medicament\_PrEP\_au\_VIH\_par\_TDF\_FTC.pdf
6. BILLIOTI De GAGE S, LE-TRI T, DRAY-SPIRA R. Suivi de l'utilisation de la PrEP au VIH]. France: EPI-PHARE; 2020 déc.  
<https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2020/>
7. Global PrEP Tracker. PrEPWatch.  
<https://www.prepwatch.org/in-practice/global-prep-tracker/>
8. HAS. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/reco\\_435\\_\\_reponse\\_rapide\\_prep\\_au\\_vih\\_150421\\_cd\\_vudoc\\_am\\_pg\\_vd\\_mel\\_v0.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/reco_435__reponse_rapide_prep_au_vih_150421_cd_vudoc_am_pg_vd_mel_v0.pdf)
9. Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA. Stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021. Genève, Suisse: ONUSIDA; 2020 juin.
10. HAS. Prévention. Haute Autorité de Santé. 2006.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_410178/fr/prevention](https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention)
11. Les grandes avancées - VIH et sida tremblent mais résistent / Histoire de l'Inserm.  
<https://histoire.inserm.fr/de-l-inh-a-l-inserm/50-ans-de-l-inserm/les-grandes-avancees/vih-et-sida-tremblent-mais-resistent>
12. Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida. 2020.  
<https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
13. Lot F, Lydié N, Villena I, Blanchon T. Situation épidémiologique et dépistage du VIH et des autres IST / Epidemiological situation and screening for HIV and other STIs. *Bull*

Épidémiologique Hebd. 26 nov 2019;(31-32):53.

14. EDEN. Haute Autorité de Santé.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2856480/fr/eden](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2856480/fr/eden)
15. Épidémiologie des IST – Santé publique France.  
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/epidemiologie-des-infections-sexuellement-transmissibles>
16. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2021.  
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2021>
17. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Ministères des affaires sociales et de la santé; 2017.
18. HCSP. Santé sexuelle et reproductive. Paris: Haut conseil de santé publique; 2017 p. 90.  
[http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr201600302\\_santesexuelleetreproductive.pdf](http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr201600302_santesexuelleetreproductive.pdf)
19. Bressy J. La place de la PrEP dans la prévention du VIH en France : changer de paradigme, changer d'échelle. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2021.  
<https://cns.sante.fr/communiqués-de-presse/la-place-de-la-prep-dans-la-prevention-du-vih-en-france-changer-de-paradigme-changer-dechelle/>
20. Adminfred. Les préservatifs. Corevih-sud.org.2013.  
<https://corevih-sud.org/les-preservatifs/>
21. Barré-Sinoussi F. L'infection VIH/sida : l'histoire exemplaire d'une épidémie qui résiste. médecine/sciences. 1 juin 2018;34(6-7):499-500.
22. Kumwenda NI, Hoover DR, Mofenson LM, Thigpen MC, Kafulafula G, Li Q, et al. Extended Antiretroviral Prophylaxis to Reduce Breast-Milk HIV-1 Transmission. N Engl J Med. 10 juill 2008;359(2):119-29.
23. García-Lerma JG, Otten RA, Qari SH, Jackson E, Cong M er, Masciotra S, et al. Prevention of Rectal SHIV Transmission in Macaques by Daily or Intermittent Prophylaxis with Emtricitabine and Tenofovir. PLOS Med. 5 févr 2008;5(2):e28.
24. 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. 1 août 2012;367:399-410.
25. Velter A, Champenois K, Rojas Castro D, Lydié N. Impact perçu de l'épidémie de Covid-19 des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en France. Enquête ERAS Covid-19, 30 juin-15 juillet 2020. 2020 déc. p. 666-72. Report No: 33-34.  
<https://www.santepubliquefrance.fr/import/impact-percu-de-l-epidemie-de-covid-19-des-hommes-ayant-des-rapports-sexuels-avec-des-hommes-en-france.-enquete-eras-covid-19-30-juin-15-juillet-2020>
26. McCormack SM, Nosedá V, Molina JM. PrEP in Europe – expectations, opportunities and barriers. J Int AIDS Soc. 18 oct 2016;19(7Suppl 6):21103.
27. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative

Research. New York: Routledge; 2017. 282 p.

28. Heyrman J. Un regard systémique : une évidence pour le médecin généraliste. *Ther Fam*. 30 avr 2012;33(1):65-75.
29. Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999). *J Psychol*. 2008;260(7):52-5.
30. Médecin généraliste - Ministère des Solidarités et de la Santé.  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/medecin-generaliste>
31. Lerebours M, Boulet L, Vautrin D, de Ménibus-Demas L, Lesourd A. Évaluation de la prise en charge globale des infections sexuellement transmissibles en médecine générale. *Médecine Mal Infect*. 1 juin 2019;49(4, Supplement):S91-2.
32. 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*. 1 juill 2017;26(3):136-45.
33. Macdowall W, Parker R, Nanchahal K, Ford C, Lowbury R, Robinson A, et al. 'Talking of Sex': Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient Educ Couns*. 1 déc 2010;81(3):332-7.
34. Dyer K, das Nair R. Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. *J Sex Med*. 1 nov 2013;10(11):2658-70.
35. Caractéristiques et parcours de soins en médecine générale des patients recevant une prophylaxie pré-exposition (PrEP) - ScienceDirect.  
<https://www.sciencedirect-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S0399077X19304755?via%3Dihub>
36. Zeggagh J, Siguier M, Molina JM. 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*. 1 juin 2018;48(4, Supplement):S144.
37. Aslan A. Comment placer la Santé Sexuelle des HSH dans nos consultations PrEP ?. PDF présenté à: Journées thématiques; 2021 févr 22; Paris.  
[https://www.formaprep.org/courses/PREP004/document/Ressources/PREP004-Presentation\\_du\\_Dr\\_Aslan\\_sur\\_l\\_abord\\_de\\_la\\_sante\\_sexuelle\\_des\\_HSH\\_en\\_consultation.pdf](https://www.formaprep.org/courses/PREP004/document/Ressources/PREP004-Presentation_du_Dr_Aslan_sur_l_abord_de_la_sante_sexuelle_des_HSH_en_consultation.pdf)
38. Zeggagh J, Brun A, Siguier M, Molina JM. Knowledge and practices of Parisian family physicians for the management of men who have sex with men in the era of HIV pre-exposure prophylaxis. *Med Mal Infect*. oct 2020;50(7):597-605.
39. Silapaswan A, Krakower D, Mayer KH. Pre-Exposure Prophylaxis: A Narrative Review of Provider Behavior and Interventions to Increase PrEP Implementation in Primary Care. *J Gen Intern Med*. févr 2017;32(2):192-8.
40. OMS. Communication brève relative à la sexualité (CBS) : recommandation pour une approche de santé publique. 2015. (Bibliothèque de l'OMS).  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204278/9789242549003\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204278/9789242549003_fre.pdf)

41. Pasipanodya EC, Stockman J, Phuntsog T, Morris S, Psaros C, Landovitz R, et al. « PrEP »ing for a PrEP demonstration project: understanding PrEP knowledge and attitudes among cisgender women. *BMC Womens Health*. 25 mai 2021;21(1):220.
42. Mon corps - sexosafe.  
<https://www.sexosafe.fr/Mon-corps>
43. Santé Publique France. on SEXprime.  
<https://www.onsexprime.fr>
44. AIDES lance Prep 4 Love, la première campagne nationale d'information et de promotion de la Prep.  
<http://www.aides.org/communiqu/aides-lance-prep-4-love-la-premiere-campagne-nationale-dinformation-et-de-promotion-de>
45. Gignon M, Idris H, Manaouil C, Ganry O. The waiting room: vector for health education? the general practitioner's point of view. *BMC Res Notes*. 18 sept 2012;5:511.
46. Vincent D, Hamad N. Le counseling. *J Francais Psychiatr*. 2001;12(1):38-38.
47. Rogers C. La relation d'aide et la psychothérapie. *ESF Sciences humaines*; 2019. 232 p.
48. Gilmore HJ, Liu A, Koester KA, Amico KR, McMahan V, Goicochea P, et al. Participant experiences and facilitators and barriers to pill use among men who have sex with men in the iPrEx pre-exposure prophylaxis trial in San Francisco. *AIDS Patient Care STDs*. oct 2013;27(10):560-6.
49. Chiarabini T, Lacombe K, Valin N. Prophylaxie préexposition au VIH (PrEP) en médecine générale : existe-t-il des freins ? *Sante Publique (Bucur)*. 2 juill 2021;33(1):101-12.
50. Bani-Sadr F, Botelho-Nevers E, Boutoille D, Cazanave C. *Maladie Infectieuses et Tropicales*. 5<sup>e</sup> éd. France: ALINEA PLus; 2018. 324 p. (ECN.PILLY).
51. Smith DK, Mendoza MCB, Stryker JE, Rose CE. PrEP Awareness and Attitudes in a National Survey of Primary Care Clinicians in the United States, 2009-2015. *PloS One*. 2016;11(6):e0156592.
52. Sammons MK, Gaskins M, Kutscha F, Nast A, Werner RN. HIV Pre-exposure Prophylaxis (PrEP): Knowledge, attitudes and counseling practices among physicians in Germany - A cross-sectional survey. *PloS One*. 2021;16(4):e0250895.
53. Smith AKJ, Haire B, Newman CE, Holt M. Challenges of providing HIV pre-exposure prophylaxis across Australian clinics: qualitative insights of clinicians. *Sex Health*. mai 2021;18(2):187-94.
54. FormaPrEP - Plateforme d'apprentissage en ligne FormaPrEP.  
<https://www.formaprep.org/>
55. Josselin C. La primo-prescription de la PrEP en ville : premier bilan. *Transversal*. 2001.  
<https://transversalmag.fr/articles-vih-sida/1835-La-primo-prescription-de-la-PrEP-en-ville-premier-bilan>
56. VIHclic - Aide à la prise en charge des patients VIH. VIH Clic.  
<https://vihclic.fr/>

57. Prophylaxie pré-exposition au HIV (PrEP). Revue Prescrire. 2021.  
<https://www.prescrire.org/fr/203/1845/61080/0/PositionDetails.aspx>
58. LA PrEP EN MÉDECINE DE VILLE | Le Généraliste. 2022.  
<https://www.legeneraliste.fr/fmc-0/la-prep-en-medecine-de-ville>
59. PROGRAMME 2021. Congrès CNGE.  
<https://www.congrescngc.fr/programme-2021/>
60. Aribi L, Chouwayekh S, Charfeddine F, Bouattour W, Marrekchi C, Amami O. Attitudes et attentes des médecins généralistes à l'égard de la formation médicale continue. Réflexions à partir d'une enquête transversale auprès de 73 médecins de la région de Sfax (Tunisie). Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 nov 2018;176(9):875-80.
61. Lane W, Heal C, Banks J. HIV pre-exposure prophylaxis: Knowledge and attitudes among general practitioners. Aust J Gen Pract. oct 2019;48(10):722-7.
62. Krakower D, Ware N, Mitty JA, Maloney K, Mayer KH. HIV providers' perceived barriers and facilitators to implementing pre-exposure prophylaxis in care settings: a qualitative study. AIDS Behav. sept 2014;18(9):1712-21.
63. US Public Health Service. Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States - 2021 Update p. 108.  
<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021.pdf>
64. La durée des séances des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
65. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes. Le Quotidien du Médecin.  
<https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
66. Contraception et consultation gratuite pour les moins de 26 ans : mode d'emploi.  
<https://www.ameli.fr/assure/actualites/contraception-et-consultation-gratuite-pour-les-moins-de-26-ans-mode-d-emploi>
67. Trischuk T, Little B, LeBras M. Offrir une prophylaxie préexposition contre le VIH. Can Fam Physician. 1 mars 2022;68(3):e81-6.
68. Fiandino M. Étude des freins à la prise en charge par le médecin généraliste des patients vivant avec le VIH. 20 févr 2014;53.
69. Solveig G. La messagerie Apicrypt conquiert les médecins. Les Echos. 31 août 2015.  
<https://www.lesechos.fr/2015/08/la-messagerie-apicrypt-conquiert-les-medecins-252871>
70. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Prat Psychol. 1 mars 2004;10(1):79-86.
71. King J, Brosseau L, Guitard P, Laroche C, Barette JA, Cardinal D, et al. Validation transculturelle de contenu de la version franco-canadienne de l'échelle COREQ. Physiother Can. 2019;71(3):222-30.

72. Grard P. Conséquences et enjeux de l'extension d'autorisation de mise sur le marché de l'Emtricitabine/ Tenofovir disoproxil dans la pratique de ville : une étude qualitative à travers la perception des praticiens généralistes. Université de Lille; 2020.  
<https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-13713>
73. 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. Université de Lille; 2020.  
<https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-13365>
74. Karris MY, Beekmann SE, Mehta SR, Anderson CM, Polgreen PM. Are We Prepped for Preexposure Prophylaxis (PrEP)? Provider Opinions on the Real-World Use of PrEP in the United States and Canada. *Clin Infect Dis.* 2014;58(5):704-12.
75. Lebeau JP, Aubin-auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J. Initiation à la recherche qualitative en santé. *Global Media Santé-CNGE-GROUMF.* France: GMSanté; 2021. 192 p.
76. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets Perspect Vie Econ.* 2014;(4):67-82.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Grille méthodologique CORECQ

<u>N°</u>	<u>Item</u>	<u>Description</u>	<u>Réponse</u>
<u>Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion</u>			
<i>Caractéristiques personnelles</i>			
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	LEROY Caroline
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de DES en médecine générale
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale puis faisant fonction d'assistant spécialisé hospitalier
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première étude qualitative
<i>Relations avec les participants</i>			
6	Relation antérieure	Enquêteurs et participants se connaissaient avant le commencement de l'étude ?	Je connaissais dans le cadre professionnel 4 des 12 participants
7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Interne en médecine générale puis faisant fonction d'assistant spécialisé hospitalier
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Interne en médecine générale puis faisant fonction d'assistant spécialisé hospitalier réalisant une thèse d'exercice
<u>Domaine 2 : Conception de l'étude</u>			
<i>Cadre Théorique</i>			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée

*Sélection des participants*

10	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Par effet boule-de-neige
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Téléphone et courriel
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	12
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	35 soit par non-réponse, soit par manque de temps, soit par filtre du secrétariat

*Contexte*

14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Lieu de travail ou domicile par souhait du participant
15	Présence de non-participants	Y'avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et le chercheur ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Précisées dans le tableau 1

*Recueil de données*

17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui, cf en annexe 2 Un entretien test au préalable
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, enregistrement audio sur dictaphone
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Moyenne de 32 min
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation au 10 <sup>ème</sup> entretien, confirmé par 2 entretiens supplémentaires
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaires et/ou correction ?	Proposition de le faire, pas de souhaits des participants

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux personnes : le chercheur et une autre interne de médecine générale, externe à l'étude ayant elle-même réalisé un travail de recherche qualitative pour sa thèse d'exercice Oui, en annexe 3
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir de l'analyse des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	NVivo
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé un retour sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29	Citation présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation par numéro d'anonymisation type MG + numéro
30	Cohérence des données et des résultats	Y'avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

## Annexe 2 : Guide d'entretien et évolution

### Entretien initial :

Introduction de l'entretien : qui suis-je, parcours professionnel et projet, grand thème de la thèse

Pourriez-vous vous présenter à votre tour ?

➔ Relance : parcours professionnel, installation en cabinet, type de patientèle, formation complémentaire

Comment définiriez-vous le lien que vous avez avec vos patients autour de leur santé sexuelle ?

➔ Recentrer sur les thèmes de l'orientation sexuelle, les pratiques à risques, IST et dépistage, moyen de protection individuelle, PrEP)

Comment gérez-vous ou imaginez-vous une consultation avec un PrEPpeurs ?

Une étude parisienne a montré que sur 190 patients qui utilisent la PrEP, 6 la renouvellent chez leur médecin traitant, qu'en pensez-vous ?

➔ Relance : comment pensez-vous que l'on peut améliorer le rôle du médecin généraliste auprès des PrEPpeurs ?

Que pensez-vous de l'élargissement de la primo prescription de la PrEP en cabinet de médecine générale ?

➔ Relance : êtes-vous à l'aise ? Le feriez-vous ? Le proposeriez-vous ?

Avez-vous des choses à rajouter ?

### Evolution de l'entretien :

Introduction de l'entretien : qui suis-je, parcours professionnel et projet, grand thème de la thèse

Pourriez-vous vous présenter à votre tour ?

➔ Relance : parcours professionnel, installation en cabinet, type de patientèle, formation complémentaire

Comment définiriez-vous le lien que vous avez avec vos patients autour de leur santé sexuelle ?

➔ Recentrer sur les thèmes de l'orientation sexuelle, les pratiques à risques, IST et dépistage, moyen de protection individuelle, PrEP)

Connaissez-vous la PrEP ? Avez-vous déjà été confronté à une demande de PrEP ? Comment en avez-vous eu connaissance ?

Comment gérez-vous ou imaginez-vous une consultation avec un PrEPpeurs ?

Une étude parisienne a montré que sur 190 patients qui utilisent la PrEP, 6 la renouvellent chez leur médecin traitant, qu'en pensez-vous ?

➔ Relance : comment pensez-vous que l'on peut améliorer le rôle du médecin généraliste auprès des PrEPpeurs ?

Que pensez-vous de l'élargissement de la primo prescription de la PrEP en cabinet de médecine générale ?

➔ Relance : êtes-vous à l'aise ? Le feriez-vous ? Le proposeriez-vous ? Où iriez-vous trouver les informations ?

Avez-vous des choses à rajouter ?

## Annexe 3 : Arbre de codage NVivo

### La Formation

#### *Formation et PrEP*

Je me sens bien formé(e) sur la PrEP

Je ne suis pas bien formé, je ne me sens pas compétent

La formation change les idées reçues

#### *Où se former*

Le patient aide à la formation du médecin

Rôle des instances de santé publiques dans la formation des médecins

Se former avec ses pairs

Sources pour la formation

#### *Se former au quotidien*

Je continue à me former

Je crois en la formation sur le terrain

La formation demande du temps

Mon expérience m'a forgé

On ne fait correctement que ce qu'on fait souvent

### Mon activité

#### *J'exerce à mon image*

J'ai orienté ma pratique

Je ne peux pas être bon partout

Je suis libre dans mes prescriptions

Je suis systématique dans mes consultations

Mon activité est diversifiée

#### *La patientèle*

La patientèle est différente en rural et en zone urbaine

Ma patientèle oriente mon activité

#### *M'entourer*

J'aime enseigner

J'aime travailler en collaboration

Je suis bien entouré en termes de spécialistes

#### *Participer à la prévention*

Aborder la prévention sur des consultations types

Délivrer trop d'informations en une seule consultation c'est contre-productif

J'ai un rôle d'informateur

Je suis à l'aise avec les moyens de prévention

Ma pratique du dépistage est orientée

### **Parler de santé sexuelle**

#### *Connotations liées à la vie intime*

Faire la morale

La santé sexuelle c'est tabou

Les tabous évoluent avec la société (Codes)

Peur du jugement

#### *Médecin*

Difficulté à trouver des occasions d'en parler

Je n'ai pas de tabou

La demande vient du médecin

Laisser la place au patient pour en parler

Limites du médecin par ses convictions

Mes patients se livrent parce que je suis quelqu'un d'ouvert

Mon entourage a fait de moi un médecin ouvert

Parler de santé sexuelle fait partie de la prise en charge complète de mon patient

Peur de perdre son patient

Standardiser le questionnaire pour décomplexer la conversation

#### *Patient*

Inégalité d'abord dans la patientèle

Je réponds à la demande de mon patient

La santé sexuelle c'est pour les jeunes

La santé sexuelle est souvent abordée au travers de motif caché

Les patients en parlent peu

Mon patient a un manque de connaissance en matière de santé sexuelle

Mon patient est libre

Préfère des consultations dédiées

Segmenter son suivi

Tenir compte du monde dans lequel évolue le patient

#### *Relation médecin-patient*

Confiance orientée

La gêne mutuelle peut amener à des quiproquos

Le temps permet l'installation de la confiance

Les patients ne veulent pas tout dévoiler à leur médecin généraliste

L'image que renvoie le médecin joue un rôle dans la relation avec son patient

Parler de santé sexuelle installe un lien positif

Statut de remplaçant

### Réussir à primo-prescrire la PrEP

#### *Connaître les indications de la PrEP*

Frustration de méconnaître ses patients

J'évalue le risque et je propose des moyens de prévention orientés

Les PrEPpeurs sont principalement des HSH

Savoir cibler les patients

#### *Généralistes vs Infectiologues*

Continuer à envoyer en service spécialisé

Rivalité service spécialisé et médecine générale

la PrEP est associée à une médecine de spécialité

Le généraliste est un acteur privilégié pour prescrire la PrEP

Les patients conservent leurs habitudes

Service rendu aux patients dans des zones sous dotées

#### *La demande vient du patient*

Le patient expert

Le patient s'identifie comme à risque

Manque de recrutement de patients

Phénomène sociétal

#### *Mettre en pratique en consultation*

M'organiser pour faire les choses correctement

Organiser son temps en plusieurs consultations

Se référer à un document type

Se renseigner sur la PrEP

Transmettre les bonnes informations sur la PrEP

#### *Prendre parti sur la PrEP*

Ça facilite l'accès au médicament

Je suis à l'aise avec l'utilisation d'une PrEP

La PrEP ça fait peur à utiliser et à aborder

La PrEP c'est facile

La prEP c'est une ouverture d'esprit

La primo-prescription, trop récent

Le VIH est un drame

Manque de diffusion de l'information

Ouvre à un suivi régulier

Peur de devenir la référente, de ne faire plus que ça

Prescrire la PrEP peut être risqué

Réponse supplémentaire à un problème de santé publique

*Proposer des pistes d'amélioration*

A minima savoir adresser

Améliorer le lien infectiologie et médecine générale

Augmenter les ressources d'information

Déléguer certaines responsabilités

Faire des formations ciblées sur la PrEP

Mieux connaître son patient

Proposer des consultations dédiées dans les créneaux horaires

## Annexe 4 : Verbatim numéro 8

**Moi** : Voilà je lance l'enregistrement. Bon désolée pour l'heure tardive, j'espère que je n'ai pas trop compliqué le programme de la journée.

**MG8** : Non, non, pas de soucis

**Moi** : Je me présente rapidement, Caroline Leroy, je suis jeune médecin, je viens de terminer mon internat. Je travaille à l'hôpital en ce moment, je travaille dans un service de médecine polyvalente, je suis en train d'écrire ma thèse, donc une thèse euh ... qualitative, avec des entretiens semi dirigés, euh ... la parole est totalement ouverte, les entretiens sont anonymisés euh à la fin. Ma thèse, alors je ne rentre pas volontairement sur le sujet de fond de ma thèse mais globalement ça concerne la prévention des IST. OK ?

**MG8** : ok

**Moi** : Est-ce que tu pourrais te présenter à ton tour ?

**MG8** : Alors, euh \*\*\*\*\* \*\*, médecin généraliste installé depuis deux ans. A Outreau. Donc dans le Pas de Calais, voilà.

**Moi** : hmmm ok. Alors tu peux me parler de ton parcours professionnel ?

**MG8** : Boh ... j'ai fait le DES de médecine générale classique. Euh ... Parcours professionnel. Euh voilà, j'ai passé ma thèse il y a trois ans maintenant. J'ai pas de DU particulier ... J'ai fait le DIU d'approfondissement des connaissances en médecine générale. Mais bon voilà, plus pour la formation que pour le diplôme.

**Moi** : D'accord. C'est un DU qui consiste en quoi exactement ?

**MG8** : C'était un DIU, donc inter-universitaire en ligne sur l'année. Donc tu avais différent cours tout venant dans chaque matière ... Chaque semaine il y avait un cours écrit et des QCM, donc des cas cliniques et euh un examen final. Voilà.

**Moi** : D'accord.

**MG8** : Vraiment, qui balayer toutes les matières.

**Moi** : Ok

**MG8** : toutes les disciplines. De qualité variable en fonction des différents cours. En tout cas certain qui m'intéressaient plus ou moins, mais euh voilà.

**Moi** : D'accord. Tu es installé depuis quand en

Cabinet ?

**MG8** : Depuis Avril 2020.

**Moi** : 2020, et avant ?

**MG8** : Et avant, deux ans de remplacement.

**Moi** : Ok, sur la côte d'Opale ?

**MG8** : Ouais

**Moi** : Ouais, principalement. Tu es allé où ? Toujours à Outreau ?

**MG8** : Euh ... ça allait de ... euh Etaples ... Enfin ça faisait un triangle entre Etaples, Marquise et Desvres.

**Moi** : D'accord

**MG8** : Je suis allé au plus loin jusque Licques. Plus la campagne. Intéressant. Enfin voilà, ça restait dans le secteur de Boulogne sur Mer.

**Moi** : Ok. ET donc là, installé depuis 2020. Tu es tout seul installé ?

**MG8** : Non, dans une MSP. On est 7 médecins. On est une vingtaine dans la MSP. Pluri professionnel.

**Moi** : Il y a quoi comme autre professionnel ?

**MG8** : Pédicure-podologue, Kiné, sage-femme, orthophoniste, on a quoi d'autre, euh une diététicienne pour l'instant. Hmmm, je fais le tour des bureaux pour essayer d'oublier personne.

**Moi** : (rires)

**MG8** : euh ... des infirmières bien sur et puis c'est à peu près tout, oui il y a trois cabinets d'orthophonistes donc voilà.

**Moi** : Ok,

**MG8** : On a des internes aussi

**Moi** : en SAPAS et en SN1 ?

**MG8** : Oui. Moi je me suis formé à la maîtrise de stage l'an dernier.

**Moi** : D'accord.

**MG8** : Et je recevrais normalement mes premiers internes en Mai, enfin normalement si je suis bien

sur les listes. En tout cas, j'ai fait toutes les formations nécessaires pour. Donc théoriquement, en mai j'aurais mon premier interne N1 et ... et par la suite un SASPAS.

**Moi** : D'accord, ok.

**MG8** : Mais pour l'instant dans la MSP, il y a déjà deux binômes dont déjà un binôme sur ... en tout cas il y a trois maîtres de stage.

**Moi** : Ah oui donc ça fait du monde. Euh ... comment tu décrirais ton type de patientèle ?

**MG8** : Oh, c'est une patientèle plutôt jeune, mais variée quand même hein ... Euh ... après j'ai pas forcément comparé avec les autres, avec les moyennes régionales ou ...

**Moi** : Non mais ton ressenti par rapport à tout ce que tu as fait ?

**MG8** : Non, mais plutôt jeune, pas mal de pédiatrie donc voilà ...

**Moi** : D'accord plutôt urbaine, semi urbaine, campagne ?

**MG8** : Clairement urbaine. Ouais ...

**Moi** : Comment tu définirais le lien que tu as avec tes patients autour de leur santé sexuelle ? La prévention des IST notamment ?

**MG8** : Euh ... (silence) ça ... j'avoue que ça serait plutôt un sujet que j'aborderais euh plutôt avec les adolescents, les jeunes adultes. Après quel est le lien que j'entretiens ... ouais ...

**Moi** : Comment tu abordes ce sujet ... est ce que c'est toi qui l'aborde ... est ce que c'est tes patients etc ... Voilà, comment ça se passe dans ta pratique en règle générale.

**MG8** : Les patients l'abordent assez peu je trouve ... rarement, enfin sauf s'il y a un problème infectieux aigu. Mais ça reste un motif de consultation assez rare, je dirais un ou deux par an ... Avec une urétrite ou une infection à chlamydia ... Ça reste assez rare. Du coup, là, la porte est grande ouverte pour pouvoir en parler. En tout cas pour ce qui est de la prévention et donc ton sujet de thèse, moi je l'aborderai plutôt ... C'est pareil la porte elle est grande ouverte, plutôt sur les consultations de contraception où la du coup le sujet de la sexualité il est clairement au premier plan, parce que c'est souvent uniquement à visée contraceptive, rarement pour des douleurs ou à visée antalgique ... C'est vraiment ... Enfin c'est à ce moment-là, que là, je vois la porte

grande ouverte pour ça. Après, le ... je sais pas si je réponds à la question.

**Moi** : Ouais. C'est un sujet que tu abordes facilement ?

**MG8** : Lors de ces consultations oui, de contraception euh principalement. Euh ... après j'essaye pour tout ce qui est jeune adulte, parce que je trouve vraiment que c'est la cible principale. Euh ... peut-être à tort, parce qu'on devrait aussi peut-être l'aborder pour les couples ... En tout cas pour les adultes en général, en tout cas pour les trentenaires. Mais le sujet est plus facile à aborder, surtout moi qui suis jeune, comme j'ai trente ans sur des ... Je me vois mal l'aborder avec des patients plus âgés, peut-être parce que j'estime qu'ils en savent autant que moi sur le sujet ... A tort peut-être hein ... Tandis que sur des adolescents ou des adultes plus jeunes, j'ai l'impression de leur apporter qqc, sur euh sur ça. Et en tout cas ça peut aussi prendre l'aspect d'un, d'un ... J'en profite souvent lors du bilan, pour la pilule tu sais notamment, de rajouter ... d'être assez systématique et de rajouter le dépistage quoi ... hein ... des maladies voilà, des *Chlamydia*, des *Gonocoques* ... D'en profiter sur le fameux bilan lipidique euh ... qu'on fait régulièrement sur la pilule de rajouter ses lignes là, c'est bien accepté je trouve.

**Moi** : ouais, ça passe bien ?

**MG8** : Bah oui, oui oui. Voir même en faisant deux ordonnances, en disant qu'elle peut le faire quand elle le souhaite. Si elle ne veut pas que ce soit en même temps, ou si elle ne veut pas que ce soit l'infirmière de la famille qui le fasse, parce qu'il y a souvent ce côté un peu tabou, peut-être, de ... sur ce sujet-là. Et si sa mère sait qu'elle doit faire un bilan pour la pilule, qu'elle a pas forcément envie que le bilan des IST soit fait en même temps.

**Moi** : Ouais, d'accord, ok. Et tu disais que c'est un problème auquel tu n'es confronté qu'une à deux fois par an, que tes patients venaient avec cette demande ...

**MG8** : Plutôt oui, quand il y a vraiment une plainte, enfin là on n'est plus dans la prévention, on est vraiment dans la maladie sexuellement transmissible ...

**Moi** : D'accord.

**MG8** : Moi, je trouve ça assez rare, mais euh .. après c'est mon ressenti pour l'instant, ouais des urétrites j'ai dû en avoir une ou deux. Des infections à *chlamydia*, ouais c'est pareil, une ou deux sur une année, maximum.

**Moi** : Ok, d'accord. Et hmmm, du coup, tu parlais de contraception donc de consultation plutôt avec des jeunes filles, comment ça se passe avec les jeunes garçons ?

**MG8** : Avec les jeunes garçons c'est euh ... Maintenant on a aussi une occasion avec le vaccin GARDASIL d'en parler, donc plutôt vers 11 ans. Hein, euh ... d'en parler à ce moment-là. Mais j'avoue que ce sujet, je l'aborde assez rarement. Surement à tort. Euh ... avec les garçons. Parce que justement, peut-être qu'il n'y a pas ce tremplin justement du motif de consultation. Voilà, ils viennent pour autre chose, et pour rebasculer sur la santé sexuelle c'est peut-être un peu difficile.

**Moi** : Et pourquoi tu trouves ça difficile ?

**MG8** : Parce que c'est pas du tout le motif pour lequel ils viennent initialement et que le lien à faire entre les deux est peut-être ... un peu grand. Mais, il faudrait peut-être trouver des liens justement, euh des ponts entre euh les principaux motifs de consultation chez les garçons de 15 à 25 ans, ce pourquoi ils viennent ici en priorité, voilà ... et essayer de faire des liens naturels entre ces motifs qui peuvent être infectios ou euh certificat de sport ou euh voilà. On prend les 5 motifs les plus fréquents pour ces populations là et comment embrayer vers la santé sexuelle.

**Moi** : Est-ce que l'orientation sexuelle de tes patients c'est qqc que tu connais ?

**MG8** : Je connais, quand il, quand ils me l'expriment ... quand ils me le disent. Pour certains patients oui, euh ... pour d'autres non. En tout cas, c'est qqc que je me refuse à noter dans le dossier médical. Parce que je ne trouve pas ça très ... Je trouve que c'est de l'ordre de l'intime et après j'essaye de le retenir.

**Moi** : D'accord

**MG8** : Pour chacun de mes patients.

**Moi** : D'accord, ok. Est-ce que tu pourrais me raconter une consultation qui pour toi a été mémorable sur le thème ..., alors que ça concerne enfin l'internat ou tes périodes de remplacement ou d'installation, sur le thème de la prévention en santé sexuelle.

**MG8** : Euh, consultation mémorable .... Hmmm ... Faut que je réfléchisse un petit peu. Bon, une consultation qui me vient tout de suite à l'esprit, j'étais tout juste installé ... Et sur un bilan ... un bilan de peut être ... il y avait des symptômes vaginaux avec des leucorrhées, on a fait un dépistage, et euh du coup il y avait une double

IST. C'était une patiente, une patiente, assez proche de mon âge et qui pour le coup, était en séparation conjugale. C'était un peu le chaos dans sa vie et ça ça lui retombait dessus suite justement à des relations extra conjugales, double IST. C'était un peu le coup de grâce pour elle. Ça m'a marqué, après du coup, la prévention en elle-même du coup pour éviter ça, elle était peut-être superflu. Parce que clairement, elle s'était rendu compte que les relations extra conjugales, elles avaient, avaient entraîné la maladie donc bien sûr, ça s'était fait d'elle-même. C'est la première consultation qui me vient. Après, euh une patiente qui me demande, euh les fameux préservatifs remboursés euh ... c'est les EDEN c'est ça ?

**Moi** : oui.

**MG8** : A chaque fois, elle m'en demande et c'est un peu un running gag, c'est son moyen de contraception et du coup à chaque fois elle ne profite pour venir me voir et me les demander. Mais ça aussi pour le coup, ça peut être un bon pont entre les deux, le côté remboursé des préservatifs, ça peut être une bonne idée de le proposer et euh ... du coup d'aborder le sujet.

**Moi** : et du coup, pour revenir sur la consultation dont tu viens de parler, comment tu as perçu ta relation avec la patiente, quand ça relève de l'intime comme ça ?

**MG8** : Boh, c'est ... ça met tout de suite un lien de proximité, je trouvais. Il n'y avait pas du tout de gêne ou autre, parce que voilà, c'était établi une MST, on savait d'où ça venait, il n'y avait pas de loup quoi. Tout de suite, elle s'est confiée, je trouvais qu'il n'y avait pas du tout de gêne, au contraire, ça a peut-être permis au contraire de créer une relation ... C'était l'une des premières consultations avec cette patiente. Ça lui a permis d'emblée d'être à l'aise. Et il n'y avait pas de souci particulier.

**Moi** : D'accord, ok.

**MG8** : C'était plutôt positif.

**Moi** : Positif, ok. Et en règle générale, ce genre de consultation, c'est des consultations qui se déroulent bien euh ... enfin ... du côté de tes patients, tu ne ressens pas de freins ou de limite à discuter de leur santé sexuelle ?

**MG8** : Tu veux dire quand il y a un ... une plainte liée à ça ?

**Moi** : oui, une plainte.

**MG8** : Quand il y a une plainte donc quand il y a

une gêne de leur part de s'exprimer sur la santé sexuelle ? Non, moi je ne ressens pas de réticence de leur côté. Ils me le disent d'ailleurs.

**Moi** : D'accord.

**MG8** : Quand il y a une plainte, il n'y a aucun frein à en parler.

**Moi** : Par contre, vu ce qu'on racontait avant, quand il n'y a pas cette plainte, et que c'est pas des sujets abordés, c'est plus compliqué, c'est ça ?

**MG8** : C'est plus compliqué, mais euh peut être c'est moi qui voit ça comme quelque chose de compliqué, en tout cas pour faire le pont entre les deux sujets.

**Moi** : Hmm Hmm

**MG8** : Mais que les patients seraient tout à fait enclins à en parler, hein.

**Moi** : Et ta crainte à en discuter, enfin ta crainte, je ne sais pas si on peut appeler ça une crainte, mais euh ... le frein à en discuter ...

**MG8** : ça serait peut-être la gymnastique cérébrale euh tu sais le lien entre le certificat de sport et la santé sexuelle.

**Moi** : Ouais, c'est ça. C'est penser à tout ...

**MG8** : ...il faudrait peut être justement faire un ... avoir une recette pré établie justement en disant bah voilà, il vient pour un certificat de sport mais il faut que je trouve une ... il me reste 5 minutes, il faut que je ... je peux l'aborder de telle manière.

**Moi** : D'accord.

**MG8** : Pour essayer de, euh on sait que parfois on a des consultations longues et complexes, le fait parfois d'avoir des ponts euh pré établis, ça pourrait permettre d'en parler tout à fait naturellement.

**Moi** : Ouais.

**MG8** : De la même manière que moi j'en parle naturellement dans mes consultations de contraception, parce que je trouve que le lien il est naturel, on pourrait trouver un lien tout à fait naturel sur d'autres motifs de consultation.

**Moi** : Ok, d'accord. Ma thèse du coup est sur la PrEP. Euh c'est qqc que tu connais ?

**MG8** : J'ai, au JRM ils en ont parlé.

**Moi** : Au quoi ?

**MG8** : Aux journées régionales de médecine.

**Moi** : D'accord.

**MG8** : Donc oui, il y a eu un bref topo sur la PrEP.

**Moi** : hmm ok

**MG8** : Où j'ai été très étonné de la simplicité de prescription et en tout cas de suivi.

**Moi** : Euh des journées qui ont eu lieu il y a peu de temps ?

**MG8** : ouais, c'était les dernières oui.

**Moi** : Donc qui ont eu lieu depuis la primo-prescription ?

**MG8** : oui, oui ...

**Moi** : D'accord, parce que du coup la nouveauté c'était qu'avant c'était possibilité de renouvellement chez le médecin traitant, et que maintenant, elle peut être primo prescrite par le médecin traitant.

**MG8** : oui

**Moi** : Euh ... du coup est ce que c'est des demandes auxquelles tu as déjà été confrontée dans ta carrière de médecins ?

**MG8** : Alors, jamais.

**Moi** : Jamais.

**MG8** : Jamais, j'ai un patient qui est déjà suivi. Déjà suivi euh à Boulogne, c'est le néphro qui fait un peu de maladies infectieuses et qui s'en occupe. Un patient qui est pas du tout en demande que je reprennes son suivi parce qu'il est très content que ... D'ailleurs c'est complètement le chaos parce qu'il a des antibiotiques prescrits euh en .. au cas où par le médecin qui le suit. Et du coup je suis bien content de déléguer le suivi.

**Moi** : D'accord.

**MG8** : et dès qu'il fait un peu de fièvre, il est sous ROCEPHINE, bref c'est un peu le chaos.

**Moi** : D'accord, mais il est sous PrEP du coup ou il a un VIH ?

**MG8** : Il est sous PrEP. Oui. Il est sous PrEP.

**Moi** : Ok, et alors comment tu imaginais justement une consultation avec une demande de PrEP ?

**MG8** : Mais du coup, je temporiserai, et je me renseignerai. Mais du coup, en fait j'ai bien compris lors des ... Ce que je sais de la PrEP, c'est que c'est assez simple à manier mais il y a quand même des précautions, et euh ... je me suis dit que si une fois j'ai une demande d'un patient je temporise, j'ai bien pris acte, je sais que je peux vous le prescrire, mais ... et me renseigner sur comment bien le faire et je le recontacterai pour le, pour le faire. Mais je sais où aller chercher les ressources euh ... je crois qu'il y a un site, enfin j'ai tout noté ...

**Moi** : Oui, il y a un site, FormaPrEP.

**MG8** : Ouais c'est ça ... ouais et euh ... c'est ça ... J'ai été étonné de la simplicité.

**Moi** : D'accord, parce que tu en avais déjà entendu parlé avant les journées régionales ?

**MG8** : oui, et euh bah après c'était pas ... on ne pouvait pas le prescrire donc c'est vrai que je ne m'y étais pas plus intéressés que ça.

**Moi** : Non mais tes idées que tu avais un peu là-dessus ?

**MG8** : Bah ça fait, c'est des médicaments qui nous semblent assez éloignés de nos prescriptions hein. On n'a pas beaucoup de formation là-dessus. Donc oui, ça nous paraît des médicaments très lourds ou compliqués avec beaucoup d'effets secondaires. Bon en fait, assez peu. En tout cas, pas trop de réticences ... non, non. En tout cas, s'il faut le prescrire, en tout cas si j'ai une demande d'un patient, je serais content de me plonger là-dedans.

**Moi** : Et tu te verrais identifier des gens qui pourraient relever de la PrEP et leur proposer toi, de ton point de vue de médecin ?

**MG8** : Bah la question que tu posais tout à l'heure sur l'orientation sexuelle de nos patients, elle est bonne. Parce que ça partirait surtout de là. Et n'ayant pas l'idée de l'orientation sexuelle de mes patients, homosexuel ... En tout cas, si c'est clairement établi que je vois un patient, je suis un patient homosexuel et euh ... oui la du coup je serais amené à lui en parler.

**Moi** : D'accord, ok

**MG8** : mais finalement, la comme ça, si je me dis tu vois, qu'elles sont les patients qui ... à part le patient où je sais qu'il est suivi pour une PrEP, les

autres, euh oui peut être en fait, je peux en identifier qq uns. Où je pourrais leur en parler effectivement. Mais je ne suis pas sûr à 100 % non plus de leur orientation, parce qu'en fait j'imagine que mais je leur ai pas posé la question. Donc après ça devient un peu euh ... si on peut toujours aborder le sujet ... en plus ... Mais voilà c'est pareil, il y a à nouveau une gymnastique à avoir, et essayer d'avoir un peu des répliques types pour essayer justement de désamorcer le sujet.

**Moi** : Hmm, d'accord

**MG8** : En tout cas pour connaître l'orientation sexuelle du patient sans ... voilà en étant plutôt habile.

**Moi** : Ouep, d'accord. Il y a une étude parisienne, il y a quelques temps, donc ça c'était avant la primo-prescription chez les médecins traitants, qui a montré que 190 patients donc à Paris utilisateurs de PrEP, il y a en seulement 6 qui la renouvellent chez leur médecin traitant, qu'est-ce que tu en penses de ça ?

**MG8** : Hmmmm, ça c'était une étude qui a été faite avant la primo prescription ?

**Moi** : oui, on a très peu de recul sur la primo-prescription chez le médecin généraliste.

**MG8** : Bah comme la primo-prescription était faite chez les médecins spé ...

**Moi** : Oui c'est ça c'était dans les centres d'infectios et les CeGIDD.

**MG8** : bah l'infectio du coup il faisait le suivi. Je pense que ça part de la primo-prescription et peut être de la délégation de tâche du primo-prescripteur, sur le médecin généraliste, ou du coup il pourrait y avoir un transfert de tâche du primo-prescripteur vers le médecin généraliste, avec tout simplement des consignes claires dans le courrier, en disant ça peut être renouvelé par le médecin sous réserve de tel bilan, tel bilan etc .. et tel précaution. Le suivi serait beaucoup plus facilité en tout cas, s'il y a une primo ... si dans les courriers de l'infectios vers le généraliste, il y a les consignes de suivi et de renouvellement. Je pense que ça aussi libérerait .... Enfin ça pourrait tenir dans un paragraphe type pour le suivi. Et du coup, le généraliste serait armé pour voilà faire le suivi de ces patients-là. Ceux qui ne souhaitent pas se former ou qui n'ont pas d'idées de site pour se former. Pour les primo-prescriptions hospitalières et après quand ... si le médecin généraliste fait la primo-prescription forcément il fera le suivi.

**Moi** : Ok, d'accord. Euh ... comment tu penses qu'on peut améliorer notre rôle de médecin généraliste auprès des PrEPpeurs ou des patients pouvant relever d'une PrEP ?

**MG8** : Est-ce que les patients qui ont une PrEP sont informés que leur médecin généraliste ... enfin qu'ils nous en parlent eux spontanément, si via des associations ou une communication ciblée ... si les patients savent qu'ils peuvent en parler à leur médecin généraliste, ça pousserait justement les généralistes à se former et à en prescrire. Parce que je pense que ça part beaucoup des patients. Si les patients nous en demandent et bah on en prescrira. Là où ça peut être difficile c'est justement si on ressent pas le besoin des patients pour ça, pour leur proposer, pour leur expliquer et voilà ... Si ça vient des patients ce sera beaucoup plus simple, après si c'est à nous d'aller vers les patients ce sera toujours un peu plus compliqué. Du coup ça nécessite d'identifier le patient cible, d'être formé, et voilà ... Tandis que si le patient vient vers nous, il nous fait part de sa demande, bon bah voilà, on est très fortement impliqué.

**Moi** : Et toi dans ce que tu t'imagines sur ta patientèle, euh comme ça, euh tu penses que c'est des traitements soit euh qu'ils ne connaissent pas, soit dont ils n'ont pas besoin ou soit ne t'en parlent pas ?

**MG8** : et bah je n'en ai aucune idée. Je ne sais pas s'ils connaissent, je ne sais pas s'ils en ont ... franchement je ne sais pas, j'en sais rien, j'en ai jamais parlé avec eux de ça ... Hmmm ... Alors ... Mais je serais curieux de le savoir ...

**Moi** : Hmmm ok. Qu'est-ce que tu en penses toi de l'élargissement de la primo-prescription, du coup, en cabinet de médecine générale ?

**MG8** : Boh c'est super ... c'est super, ça permet qu'on réponde à une demande, à un problème de santé publique. Si, si c'est ... il faut voilà que ça fasse son chemin, et ça va faire son chemin et tout doucement, les généralistes seront plus ... seront plus à l'aise avec cette famille, cette classe thérapeutique. Mais il faut que ça fasse, voilà ... ça va prendre un petit peu de temps mais on va y arriver.

**Moi** : C'est vrai que c'est encore tout jeune. C'est qqc avec lequel tu te sentirais à l'aise en cabinet ?

**MG8** : Oui, euh ... suite à la formation que j'avais eu au JRM, franchement ça avait duré même pas 5 min la formation de l'infectiologue donc tu te dis bon en fait c'est pas très sorcier !!! Suite à cette formation, oui, mais sinon oui j'aurais eu des réticences ...

**Moi** : Alors pourquoi des réticences ?

**MG8** : Je m'imaginai quelque chose de plus compliqué.

**Moi** : Ouais d'accord

**MG8** : Oui au niveau effets secondaires du traitement, au niveau suivi ... Mais en fait assez peu.

**Moi** : Ok, et donc la ... la seule fois bon je sais pas, je pense que tu en as peut être entendu parler pendant tes études, mais euh avant ces JRM, tu en avais déjà entendu parlé ?

**MG8** : de la PrEP ? oui un petit peu.

**Moi** : Et par quels biais ?

**MG8** : J'avais un co-thésard, on faisait une triangulation, je sais pas si toi tu fais un triangulation ...

**Moi** : Oui

**MG8** : oui \*\*\*\* \*\* faisait sa thèse là-dessus, je sais plus exactement son sujet mais en tout cas ça en parlait.

**Moi** : D'accord

**MG8** : et donc j'avais pu ... voilà j'avais pu en être euh ... on va dire sensibiliser au sujet.

**Moi** : Et est-ce que ... avec euh ... je sais qu'en tant que médecin généraliste vous recevez énormément de documentation etc ... mais est-ce que c'est qqc ... comment tu trouves la formation proposée ... les choses qui gravitent autour d'un médecin généraliste sur ce sujet ?

**MG8** : Boh elle est ... euh ... proche de zéro pour l'instant ...

**Moi** : Ok.

**MG8** : Moi pendant mon internat, il n'y a eu aucune formation là-dessus. Euh ... voilà, après il faut de nous-même aller nous informer, c'est ce qu'on fait tout le temps aussi.

**Moi** : oui, oui, bien sûr.

**MG8** : euh donc après ... oui, c'est à nous de nous former. Je pense qu'il .... Après j'ai pas été voir sur le site en question, mais après c'est sûr que s'il y a une ressource, un site qui est bien fait, et bien ça va faciliter grandement les choses.

**Moi** : Oui il est bien fait, peut-être un peu chronophage mais pour aller cibler les bonnes informations il est bien fait.

**MG8** : Hmm

**Moi** : Si on ne veut pas tout écumer.

**MG8** : et tu sais s'il est référencé sur Kit médical ? tu sais pas ?

**Moi** : Euh ... alors sur kit médical, je ne pense pas

qu'il y soit déjà. J'ai pas regardé de moi-même. J'y suis allée directement euh ... en connaissant le site du coup. Je ne suis pas sûre qu'il soit déjà sur kit médical. Mais ce serait une bonne idée !

**MG8** : la boîte à outils .... Je suis en train de regarder, mais je crois pas ... Non, pas encore.

**Moi** : Je pense que c'est encore un peu jeune. Ok, est ce que tu as des choses à rajouter ?

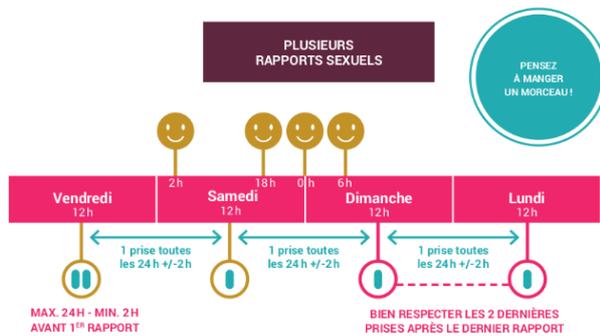
**MG8** : Euh, bah non pas spécialement.

## Annexe 5 : Exemples de fiches VIH clic : la PrEP en discontinuée

### Prise à la demande : plusieurs jours de rapports sexuels

En cas de nouveaux rapports sexuels, au-delà de 24 heures après la prise de démarrage, il est recommandé de **continuer à prendre 1 comprimé d'emtricitabine/ténofovir disoproxil par jour** (même heure, +/- 2h).

Pour arrêter un schéma de prise à la demande, **il faut toujours 2 prises, espacées de 24 heures après le dernier rapport sexuel.**



### Prise à la demande : 1 jour de rapport(s) sexuel(s)

Pour protéger un unique rapport sexuel (ou une soirée de rapports sexuels), il faut **3 prises, ce qui équivaut à 4 comprimés** :

- 1<sup>ère</sup> prise : 2 comprimés de Emtricitabine/Ténofovir disoproxil (Truvada ®) à prendre en même temps entre 2h et 24h avant le rapport sexuel,
- 2<sup>ème</sup> prise : 1 comprimé à prendre environ 24h (+/- 2h) après la 1<sup>ère</sup> prise,
- 3<sup>ème</sup> prise : 1 comprimé à prendre environ 24h (+/- 2h) après la 2<sup>ème</sup> prise.

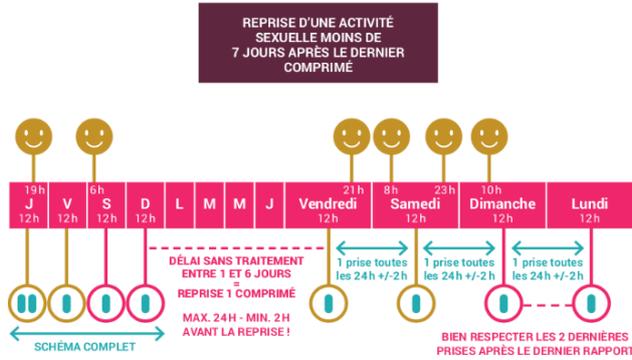
16



**Prise à la demande : période sans PrEP de moins de 7 jours**

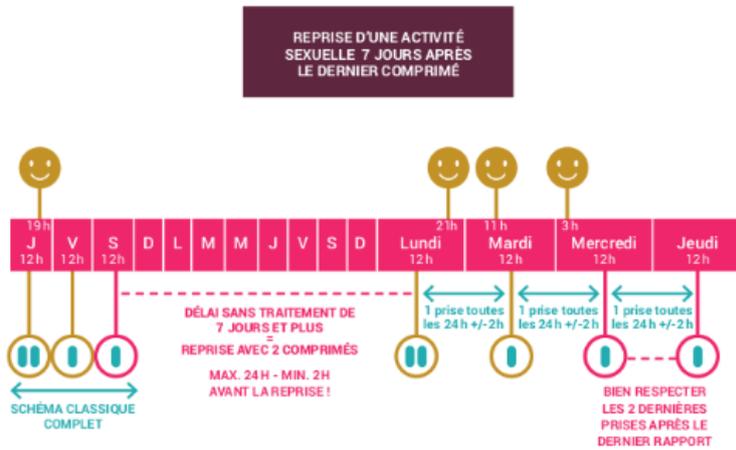
Après une période sans Prep de moins de 7 jours, il n'est pas nécessaire de reprendre 2 comprimés d'un coup pour la première prise, un seul suffit.

Le délai minimal avant le rapport sexuel reste de 2 heures avant d'être à nouveau protégé-e.



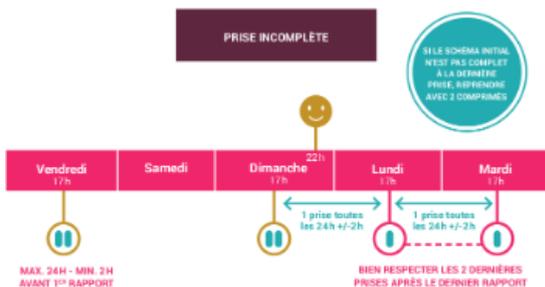
**Prise à la demande : période sans PrEP de plus de 7 jours**

Après une période sans Prep de 7 jours ou plus, il est recommandé de reprendre 2 comprimés d'un coup lors de la première prise :



**Attention**

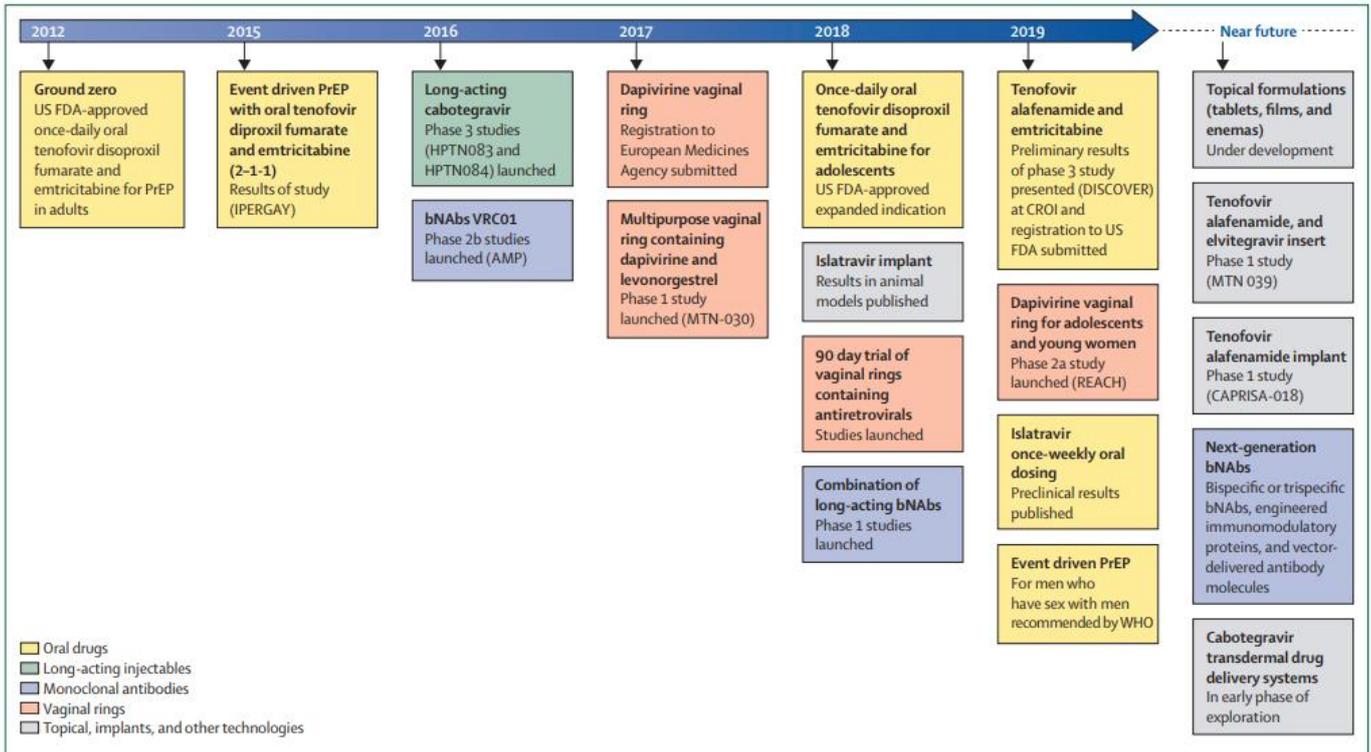
Attention la prise d'un ou deux comprimés isolés lors de cette pause (schéma initial interrompu) ne compte pas dans le calcul des plus ou moins sept jours.



Annexe 6 : Campagne de publicité « PrEP 4 Love »



## Annexe 7 : Frise chronologique du développement des nouveaux médicaments et technologies pour la PrEP



**AUTEURE : LEROY Caroline**

**Date de soutenance : 9 juin 2022**

**Titre de la thèse : Prophylaxie Pré-Exposition au VIH (PrEP) : Ressentis des médecins généralistes des Hauts de France suite à l'extension de la primo-prescription à tous les médecins.**

**Thèse - Médecine - Lille 2022**

**Cadre de classement : Thèse pour le doctorat en médecine**

**DES + FST/option : DES de médecine générale**

**Mots-clés : médecine générale, Virus de l'Immunodéficitaire Humaine (VIH), primo-prescription, prophylaxie préexposition (PrEP), prévention, santé sexuelle**

**Résumé :**

**Contexte :** Environ 35 000 personnes bénéficiaient d'une PrEP en 2019 en France. Pourtant, le taux de nouvelles contaminations par le VIH reste stable et les occasions manquées de PrEP semblent nombreuses. Sa prescription a régressé en 2021 durant la pandémie de COVID 19. Afin d'augmenter l'accessibilité à ce médicament, les médecins généralistes ont la possibilité d'initier cette prophylaxie depuis juin 2021. Cette étude a pour but de recueillir le ressenti des médecins généralistes sur l'extension de la primo-prescription en soins primaires.

**Méthode :** Etude qualitative menée auprès de 12 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais recrutés par effet boule de neige de mai 2021 à février 2022. La saturation des données a été obtenue après 10 entretiens consolidés par 2 supplémentaires. Les entretiens ont été codés sur le logiciel N Vivo ® et analysés selon un modèle inspiré de la théorisation ancrée. Une triangulation des données a été réalisée.

**Résultats :** Parmi l'effectif recruté, 17 % avaient déjà primo-prescrit la PrEP en médecine libérale. Trois axes se dégagent des entretiens. En premier lieu, les médecins généralistes interrogés soulevaient la nécessité d'aborder la santé sexuelle pour aborder la PrEP : un sujet connoté de tabou et de gêne. Ils soulignaient le besoin de libérer le dialogue entre le soignant et le soigné. Dans un second temps, les praticiens faisaient état d'un manque de diffusion de l'informations et de connaissances autour de cette prophylaxie. Ce défaut de savoir est largement identifié comme un frein à la primo-prescription de la PrEP en médecine générale. Ils énonçaient de nombreuses pistes d'amélioration pour diffuser l'informations auprès des médecins mais aussi des patients. Les ressources sur Internet sont particulièrement appréciées. Enfin, comme toute nouvelle pratique, la PrEP bouscule les habitudes des médecins généralistes. Ils exprimaient spontanément de nombreuses solutions pour l'intégrer facilement dans leurs consultations. On peut citer la proposition de consultations dédiées, un temps de consultation plus long ou encore une délégation de l'éducation thérapeutique. Ils souhaitaient pouvoir continuer à être épaulés par les médecins spécialistes et à adresser leurs patients en cas de besoin.

**Conclusion :** La PrEP est accueillie avec attrait par les médecins généralistes. Elle représente pour eux une nécessité et une opportunité d'ouvrir le dialogue sur la santé sexuelle et permet une entrée dans un suivi rapproché rythmé de dépistage. Elle reste cependant une pratique encore peu mise en place dans les cabinets, en partie par méconnaissance théorique et pratique. Les médecins généralistes restent optimistes sur l'avenir de la PrEP, et persuadés que le temps est un facteur clé dans son implantation en soins primaires.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Eric SENNEVILLE**

**Assesseurs : Dr Olivier ROBINEAU, Dr Judith OLLIVON**

**Directrice de thèse : Dr Macha TETART**

