

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Patients du département du Nord ayant recours à la prophylaxie
pré-exposition au VIH (PrEP), suivis par un médecin généraliste.
Recueil d'opinions par étude qualitative.**

Présentée et soutenue publiquement le 8 octobre 2024 à 16 heures
Au Pôle Formation

par Leïla OBERHAUSER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier ROBINEAU

Assesseure :

Madame la Docteure Agnès MEYBECK

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

Avertissement

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

L'auteure et son directeur de thèse ne déclarent pas de lien d'intérêt en rapport avec le travail présenté.

Table des matières

Liste des Abréviations.....	5
Liste des annexes	6
I. Préambule.....	7
1) Épidémiologie du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	7
a) Dans le monde en 2023.....	7
b) En France en 2022.....	7
c) Prévalence et prévention du VIH chez les HSH	8
2) Moyens de prévention	9
3) La PrEP.....	11
a) Premières études	11
b) Autorisation et recommandations françaises	13
c) État des lieux des utilisateurs de PrEP en France au 30 juin 2023.....	14
d) Perspectives d'évolution.....	15
4) PrEP et médecine générale.....	16
Bibliographie du préambule	19
II. Article	24
1) Introduction.....	24
2) Matériel et méthode.....	26
3) Résultats	28
4) Discussion	36
5) Conclusion.....	42
Bibliographie de l'article	43
III. Annexes	46
Annexe 1 : Affiche de recrutement	46
Annexe 2 : Guide d'entretien initial.....	47
Annexe 3 : Lettre d'information aux patients.....	49
Annexe 4 : Formulaire de consentement	52
Annexe 5 : Attestation de déclaration au délégué de la protection des données.....	53
Annexe 6 : Entretiens.....	54

Liste des Abréviations

AMM	Autorisation de mise sur le marché
CD4	Cluster de différenciation 4
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CSS	Complémentaire santé solidaire
HAS	Haute Autorité de santé
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes
IST	Infection sexuellement transmissible
LGBTQI	Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queers, intersexuels
MG	Médecin(s) généraliste(s)
MtF	Male to female (Homme vers femme)
PrEP	Prophylaxie pré-exposition au VIH
RTU	Recommandation temporaire d'utilisation
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNDS	Système National des données de santé
TasP	Treatment as prevention
TPE	Traitement post-exposition
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des annexes

Annexe 1 : Affiche de recrutement

Annexe 2 : Guide d'entretien initial

Annexe 3 : Lettre d'information aux patients

Annexe 4 : Formulaire de consentement

Annexe 5 : Attestation de déclaration au délégué de la protection des données

Annexe 6 : Entretiens

I. Préambule

1) Épidémiologie du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

a) Dans le monde en 2023

39,9 millions de personnes vivraient avec le VIH et il y aurait eu 1,3 million de contaminations. 630 000 personnes seraient mortes de maladies liées au VIH (1).

L'ONUSIDA fixe pour 2025 un objectif « 95-95-95 », adopté par les États membres des Nations Unies en juin 2021 :

- 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut (objectif 1)
- 95% des personnes connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral (objectif 2)
- 95% des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable (objectif 3) (2).

86% des patients auraient atteint l'objectif 1, 89% l'objectif 2 et 93% l'objectif 3 (1).

5 pays d'Afrique auraient atteint les 3 objectifs (3).

b) En France en 2022

180 000 personnes vivraient avec le VIH (4) et il y aurait eu entre 4200 et 5700 contaminations (5). Environ 25 000 personnes ignoreraient leur séropositivité, contribuant avec les personnes n'ayant pas accès aux traitements à 80% des contaminations (4).

La France n'a pas atteint l'objectif 1 de la stratégie mondiale de l'ONUSIDA mais les objectifs 2 et 3 le sont (6).

Les diagnostics de VIH ont diminué de 11 à 21% entre 2012 et 2022. Ils ont augmenté entre 2020 et 2022 après une diminution en 2019-2020, sans pour autant atteindre les niveaux de 2019.

Les diagnostics augmentent chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) nés à l'étranger et les personnes transgenres contaminées par voie sexuelle. Ils sont stables chez les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger. Ils diminuent chez les femmes hétérosexuelles nées en France et les hommes hétérosexuels nés en France et à l'étranger. Les HSH nés en France enregistrent la baisse la plus importante (-32%) mais restent la catégorie de population la plus contaminée, un peu avant les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger.

En 2022 30% des diagnostics étaient précoces, 43% tardifs (stade Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou Cluster de différenciation 4 (CD4) <350/mm³). Ces chiffres sont stables après un déséquilibre pendant la pandémie de COVID-19 (5).

c) Prévalence et prévention du VIH chez les HSH

En 2015 l'étude PREVAGAY a estimé la prévalence du VIH parmi les HSH fréquentant 60 établissements sélectionnés dans 5 villes de France. Elle était de 14,3% en moyenne, 7,6% à Lille. Parmi les séropositifs 91,9% étaient diagnostiqués (7).

D'après l'enquête ERAS l'usage systématique du préservatif aurait baissé de 46% à 28% de 2017 à 2023, celui de la Prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) aurait augmenté de 5% à 25% (8).

2) Moyens de prévention

L'arsenal préventif contre le VIH est varié : le dépistage, les protections mécaniques, l'utilisation de matériel unique pour les drogues injectables, le *Treatment as prevention* (TasP), le Traitement post-exposition (TPE) et la PrEP.

▪ Le dépistage

En 2022 6,5 millions de sérologies VIH ont été réalisées par les laboratoires français (privés ou hospitaliers). Ce nombre est en augmentation sur la période 2012-2022, avec une diminution en 2019-2020. Le nombre de positifs est de 1,6 pour 1000 sérologies.

Environ 65 600 autotests VIH ont été vendus en pharmacie (+2% par rapport à 2021) (9).

La Haute Autorité de santé (HAS) a fixé en 2017 les objectifs de dépistage suivants :

- Tous les 3 mois chez les HSH
- Tous les ans chez les usagers de drogues injectables et les travailleurs ou travailleuses du sexe
- Tous les ans chez les migrants de zones de forte endémie (Afrique Sub-Saharienne, Caraïbes, Europe de l'Est)

- Au moins une fois dans la vie entre 15 et 70 ans
- Dans certaines circonstances : Infection sexuellement transmissible (IST), hépatite B ou C, tuberculose, prescription d'une contraception ou d'une interruption volontaire de grossesse, grossesse, viol, incarcération (10).

Depuis le 1^{er} janvier 2022 la sérologie VIH est prise en charge à 100% par l'Assurance maladie, sans ordonnance.

Depuis le 1^{er} septembre 2024 les infections à syphilis, hépatite B, chlamydia et gonocoque sont dépistées sans ordonnance (prise en charge à 100% pour les moins de 26 ans, 60% au-delà) (11).

▪ Les protections mécaniques

Elles sont disponibles gratuitement en Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et au planning familial.

Depuis le 1^{er} janvier 2023 certaines marques de préservatifs externes sont disponibles gratuitement en pharmacie pour les moins de 26 ans, sans prescription médicale. Les préservatifs internes le sont depuis le 9 janvier 2024.

Pour les plus de 26 ans les préservatifs interne et externe sont pris en charge à 60% sur présentation de la prescription d'un médecin ou d'une sage-femme (12).

La digue dentaire ou carré de latex permet de se protéger lors du sexe oral. Elle n'est pas prise en charge mais il est possible de l'obtenir à partir d'un préservatif.

- L'utilisation de matériel unique pour les drogues injectables
- Le TasP

Le TasP signifie qu'une personne séropositive ayant une charge virale indétectable depuis plus de 6 mois et observante de ses traitements et de son suivi médical ne transmet plus le VIH (13). Les études PARTNER 1 et 2 viennent confirmer que le risque de transmission est nul, aussi bien pour les HSH que pour les couples hétérosexuels. Elles viennent valider le concept I=I : indétectable= intransmissible (14,15).

- Le TPE

Le TPE est l'administration d'un traitement antirétroviral dans le délai le plus court possible après un contact sexuel ou sanguin à risque de contamination VIH. La trithérapie est idéalement administrée moins de 4 heures après l'exposition mais peut l'être jusqu'à 48 heures, elle est poursuivie pendant 28 jours (16).

Le TPE est délivré dans les services spécialisés, aux urgences et en CeGIDD. Les médecins généralistes (MG) libéraux ne peuvent pas le prescrire.

- La PrEP

3) La PrEP

a) Premières études

L'étude iPrEX publiée en 2010, a été la première étude d'efficacité de l'emtricitabine/ténofovir disoproxil oral. Elle suggérait un risque relatif d'infection au VIH diminué de 44%. L'efficacité aurait été sous-estimée en raison d'un manque d'observance (17).

Deux autres études ont évalué l'efficacité de la PrEP chez les HSH et les transgenres *Male to female* (MtF) :

- L'étude IPERGAY a été publiée en 2015 et a évalué la prise discontinue d'emtricitabine/ténofovir disoproxil. La diminution du risque relatif d'infection au VIH a été estimée à 86% (18).
- L'étude PROUD a été publiée en 2016 et a évalué la prise continue d'emtricitabine/ténofovir disoproxil. La diminution du risque relatif d'infection au VIH a été estimée à 86% (19).

Deux études ont évalué l'efficacité de la PrEP chez les hétérosexuels :

- L'étude Partners PrEP a été publiée en 2012. La diminution du risque relatif d'infection au VIH a été estimée à 67% dans le groupe ténofovir disoproxil et 75% dans le groupe emtricitabine/ténofovir disoproxil (20).
- L'étude TDF2 a été publiée en 2012. La diminution du risque relatif d'infection au VIH a été estimée à 62,2% sous emtricitabine/ténofovir disoproxil, 77,9% si la prise était correcte (21).

L'étude ANRS PREVENIR publiée en 2022 a confirmé l'efficacité de la PrEP en vie réelle. L'incidence du VIH était de 1,1 cas pour 1000 personnes-années (6 séroconversions sur 3065 participants), sans différence entre les groupes prenant l'emtricitabine/ténofovir disoproxil en continu et à la demande (22).

En 2022 une étude publiée à partir du Système National des données de santé suggérait que l'efficacité de la PrEP chez les HSH variait de 18% si la PrEP était prise moins de 50% du temps de suivi, à 93% si elle était prise plus de 75% du temps. La

PrEP était moins efficace chez les moins de 30 ans et les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) (ancienne Complémentaire santé solidaire (CSS)), en lien avec une consommation de PrEP plus faible et une moins bonne observance (23).

b) Autorisation et recommandations françaises

Les États-Unis sont le premier pays à autoriser la PrEP en 2012 (24).

En 2016 la France est le premier pays d'Europe à autoriser la PrEP par le biais d'une Recommandation temporaire d'utilisation (RTU) (25). L'emtricitabine/ténofovir disoproxil obtient l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le schéma continu en mars 2017. Le renouvellement de la PrEP par un MG était conditionné par une prescription initiale et un passage annuel en CeGIDD ou chez un médecin hospitalier « expérimenté dans la prise en charge de l'infection par le VIH » (26).

En 2017 la HAS avait des critères restreints pour l'accès à la PrEP :

- HSH ayant des rapports anaux sans préservatif avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les 6 derniers mois ou des épisodes d'IST dans les 12 derniers mois ou au moins un recours au TPE dans les 12 derniers mois ou pratiquant le chemsex.
- Au cas par cas les usagers de drogues injectables, les travailleurs et travailleuses du sexe et les personnes « vulnérables s'exposant à des rapports sexuels non protégés à haut risque » (26).

Le 1^{er} juin 2021 l'initiation de la PrEP et son renouvellement sont ouverts à tout médecin sans condition (27).

Pour se former les MG disposent de différents supports :

- La HAS a publié de nouvelles recommandations en avril 2021 puis en 2024, précisant que la PrEP s'adresse « à des personnes exposées au VIH ». Des catégories de patients sont citées sans être restrictives, ayant pour but de guider la prescription. Les schémas continu et discontinu sont détaillés avec leurs modalités d'initiation et de surveillance (28).
- Le site FormaPrEP proposait aux MG une formation gratuite à la prescription de la PrEP. Il est remplacé le 5 juin 2024 par FormaSantéSexuelle qui propose aux médecins, infirmiers, sages-femmes et pharmaciens des formations en santé sexuelle, dont la PrEP (29).
- La revue Prescrire a publié un article en juillet 2021 afin d'informer les MG de la possibilité de primo-prescrire, et les oriente vers les ressources citées ci-dessus pour qu'ils puissent se former (30).

c) État des lieux des utilisateurs de PrEP en France au 30 juin 2023

Depuis 2016, 84 997 patients ont débuté la PrEP. Les initiations ont augmenté de 31% entre 2022 et 2023.

Les patients sous PrEP sont à 97% des hommes, la part des femmes est en augmentation (4,6% au premier semestre 2023). Ils ont en moyenne 36 ans et résident pour 71% dans des communes de plus de 200 000 habitants.

La part des patients résidant dans des communes de moins de 10 000 habitants est en augmentation, idem pour les patients bénéficiant de la CSS (8,9% au premier semestre 2023).

Au cours des 6 mois suivant l'initiation 27,5% des patients ont reçu au moins 5 délivrances de PrEP (soit une couverture continue), 22,7% 3 à 4 délivrances, 27,1% 1 à 2 délivrances et 22,7% aucune nouvelle délivrance.

Au premier semestre 2023 les MG libéraux ont initié la PrEP dans 37% des cas contre 15% au premier semestre 2021. Ils ont renouvelé la PrEP dans 37% des cas contre 23% en 2021 (31).

d) Perspectives d'évolution

Perspectives médicamenteuses

Le cabotégravir est un traitement antirétroviral injectable autorisé jusqu'à ce jour en France pour les patients atteints du VIH. Il est autorisé aux États-Unis dans le cadre de la PrEP depuis 2021.

La HAS a rendu un avis favorable à son remboursement dans le cadre de la PrEP le 29 mai 2024 (32) et l'a intégré dans ses recommandations de juillet 2024 (28).

Une étude publiée en 2021 suggérait un risque d'infection au VIH chez les HSH et les transgenres MtF inférieur de 66% dans le groupe cabotégravir par rapport au groupe emtricitabine/ténofovir disoproxil (33).

Une étude publiée en 2022 suggérait un risque d'infection au VIH chez les femmes inférieur de 88% avec le cabotégravir injectable par rapport à l'emtricitabine/ténofovir disoproxil (34).

Les résultats préliminaires de l'étude de phase 3 PURPOSE-1 ont été annoncés le 20 juin 2024. Celle-ci suggérerait une efficacité de 100% pour le lenacapavir injectable chez les femmes cisgenres (35).

L'anneau vaginal à la dapivirine pourrait être une option pour les femmes ayant des difficultés d'accès aux soins (36).

PrEP et IST

La HAS ne recommande pas de mettre systématiquement en œuvre un traitement post-exposition par doxycycline en prévention des IST bactériennes, mais il est « possible d'envisager sa prescription dans une démarche de décision partagée » (28). L'impact de la PrEP sur la survenue des IST discorde selon les études.

L'étude DoxyPEP publiée en 2023 suggérait que l'incidence combinée du gonocoque, la chlamydia et la syphilis diminuait de deux tiers avec la prophylaxie post-exposition à la doxycycline (37).

L'étude DOXYVAC publiée en mai 2024 suggérait l'efficacité de la prise de doxycycline en post-exposition sur la survenue des infections à chlamydia et syphilis (réduction de 83% pour les deux infections) et dans une moindre mesure à gonocoque (réduction de 33%) (38).

4) PrEP et médecine générale

L'ouverture de la primo-prescription de la PrEP aux MG rentre dans le cadre de la stratégie santé sexuelle 2017-2030 qui prévoit de « garantir à tous les mêmes droits

dans le domaine de la santé sexuelle et de répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables et les plus exposées aux IST » (39).

L'abord de la sexualité est un prérequis à la prescription de la PrEP afin d'identifier les patients éligibles.

La majorité des patients trouverait légitime d'être interrogés sur leur sexualité par un MG (40).

Dans une étude réalisée en Suisse 90,9% des patients de sexe masculin interrogés souhaiteraient que leur médecin leur pose des questions sur leurs antécédents sexuels. 40,5% avaient pu avoir une discussion sur leur sexualité (41).

L'étude HomoGen suggérait que les patients dont le médecin traitant connaissait l'orientation sexuelle étaient mieux pris en charge. Le principal frein à la mention de l'orientation sexuelle était l'absence de discussion autour de la sexualité avec le MG (42).

En 2018 les MG français décrivaient des freins à la prescription de la PrEP : de l'inconfort à prescrire pour une nouvelle indication, des difficultés à reconnaître la patientèle à risque, la non-connaissance de la sexualité des patients, l'absence de formation sur la PrEP. Les médecins prescrivant la PrEP étaient plutôt de sexe masculin, d'orientation sexuelle LGBTQI+, exerçaient en zone urbaine, avaient déjà entendu parler de la PrEP et suivaient des patients séropositifs sous antirétroviraux (43).

En 2020 23% des MG interrogés et prescrivant la PrEP étaient prêts à assurer un suivi complet des patients. Les autres préféraient maintenir un suivi alterné avec un spécialiste, mais 40% se disaient prêts à initier la PrEP (44).

Les patients sous PrEP suivis en CeGIDD au moment de l'autorisation de primo-prescription déclaraient être attachés à leur suivi spécialisé. Ils attendaient des MG une bonne connaissance de la PrEP et une absence de jugement (45).

Dans ce contexte nous avons décidé de réaliser une étude afin d'étudier le vécu des patients du Nord suivis par un MG pour la PrEP.

Le but de cette étude était de comprendre comment les patients sous PrEP vivent leur suivi par un MG.

Bibliographie du préambule

1. ONUSIDA. Fiche d'information 2024-Statistiques mondiales sur le VIH. 2024. Disponible sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf [consulté le 2 septembre 2024].
2. ONUSIDA. Comprendre les mesures des progrès réalisés pour atteindre les objectifs 95-95-95 en matières de dépistage, de traitement et de suppression virale du VIH. 2021. Disponible sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/progress-towards-95-95-95_fr.pdf [consulté le 15 août 2024].
3. ONUSIDA. Un nouveau rapport de l'ONUSIDA montre qu'il est possible de mettre fin au sida d'ici 2030 et décrit la marche à suivre pour y parvenir. 2023. Disponible sur : <https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/july/unaids-global-aids-update> [consulté le 21 août 2024].
4. INSERM. Sida et VIH : à quand la guérison ? 2024. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/sida-et-vih/> [consulté le 21 août 2024].
5. Santé Publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. 2023. Disponible sur : file:///C:/Users/Moi/Downloads/BSP_National_VIH_IST_nov2023.pdf [consulté le 7 avril 2024].
6. AIDES. L'actu vue par REMAIDES : « L'Union Européenne loin d'atteindre les objectifs de l'ONUSIDA ». 2024. Disponible sur : <https://www.aides.org/actualite/lactu-remaidess-union-europeenne-onusida> [consulté le 17 juillet 2024].
7. Velter A, Sauvage C, Saboni L, et al. Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises-PREVAGAY 2015. Bull Épidémiol Hebd. 2017;(18):347-54.
8. Roncier C. Couverture préventive : une prévention plus efficace grâce à la PrEP, mais la non protection ne recule pas. 2024. Disponible sur : <https://vih.org/vih-et-sante-sexuelle/20240618/couverture-preventive-une-prevention-plus-efficace-grace-a-la-prep-mais-la-non-protection-ne-recule-pas/> [consulté le 2 août 2024].
9. Santé Publique France. Activités de dépistage : poursuite de l'augmentation en 2022. 2023. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/donnees/> [consulté le 18 juillet 2024].
10. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. HAS, 2017.

11. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Renforcement de la prévention des IST : le dépistage à la demande du patient et sans ordonnance à compter du 1er septembre 2024. 2024. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/renforcement-de-la-prevention-des-ist-le-depistage-a-la-demande-du-patient-et> [consulté le 7 septembre 2024].
12. Assurance Maladie. Contraception : de nouvelles marques de préservatifs prises en charge par l'Assurance Maladie. 2024. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/actualites/contraception-de-nouvelles-marques-de-preservatifs-prises-en-charge-par-l-assurance-maladie> [consulté le 18 juillet 2024].
13. Sida info Service. Le TasP c'est quoi? 2020. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/dossier-tout-savoir-sur-le-TasP/> [consulté le 18 juillet 2024].
14. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER):final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet*. 2019 Jun 15;393(10189):2428-38. doi:10.1016/S0140-6736(19)30418-0.
15. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV Transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA*. 2016 Jul 12;316(2):171-81. doi:10.1001/jama.2016.5148.
16. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F et al. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH- Recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. 2017. Disponible sur : https://vihclic.fr/wp-content/uploads/2018/09/experts-vih_aes.pdf [consulté le 18 juill 2024].
17. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 2010 Dec 30;363(27):2587-99. doi:10.1056/NEJMoa1011205.
18. Molina JM, Capitant C, Spire B, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 2015 Dec 3;373(23):2237-46. doi:10.1056/NEJMoa1506273.
19. McCormack S, Dunn DT, Desai M, 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*. 2016 Jan 2;387(10013):53-60. doi:10.1016/S0140-6736(15)00056-2.
20. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med*. 2012 Aug 2;367 (5):399-410. doi:10.1056/NEJMoa1108524.

21. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paprxtton LA, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med*. 2012 Aug 2;367(5):423-34. doi:10.1056/NEJMoa1110711.
22. Molina JM, Ghosn J, Assoumou L, et al. Daily and on-demand HIV pre-exposure prophylaxis with emtricitabine and tenofovir disoproxil disoproxil (ANRS PREVENIR): a prospective observational cohort study. *Lancet HIV*. 2022 Aug;9(8):e554-e562. doi:10.1016/S2352-3018(22)00133-3.
23. Jourdain H, Billioti de Gage S, Desplas D, Dray-Spira R. Real-world effectiveness of pré-exposure prophylaxis in men at high risk of HIV infection in France : a nested-case control study. *Lancet Public Health*. 2022 Jun;7(6):e529-536. doi:10.1016/S2468-2667(22)00106-2.
24. AIDES. Tout savoir sur la PrEP! Disponible sur: <https://www.aides.org/prep> [consulté le 25 juill 2024].
25. Haute Autorité de Santé. Recommandation relative à la prise en charge à titre dérogatoire de TRUVADA (emtricitabine/fumarate de tenofovir disoproxil) dans le cadre d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation. HAS, 2015.
26. Haute Autorité de Santé. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par TRUVADA®. HAS, 2017.
27. Paitraud D. VIH : la primo- prescription de la PrEP autorisée en ville à compter du 1er juin 2021. 2021. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/actualites/27189-vih-la-primo-prescription-de-la-prep-autorisee-en-ville-a-compter-du-1er-juin-2021.html> [consulté le 7 avril 2024].
28. Haute Autorité de Santé. Traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH. HAS, 2024.
29. FormaSantéSexuelle. 2024. Disponible sur: https://www.formasantesexuelle.fr/user_portal.php.
30. Infection par le HIV : accès élargi à la prévention pré-exposition. Prescrire. 2021;41(453):500-501.
31. Billioti de Gage S, Desplas D, Dray-Spira R. EPI-PHARE-Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) ANSM-CNAM. Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS). 2023. Disponible sur: file:///C:/Users/Moi/Downloads/epi-phare_rapport_prep_20231129-1.pdf [consulté le 22 mai 2024].
32. Haute Autorité de Santé. APRETUDE (cabotégavir)-VIH/PrEP. HAS, 2024.
33. Landovitz RJ, Donnell D, Clement ME, et al. Cabotegravir for HIV Prevention in Cisgender Men and Transgender Women. *N Engl J Med*. 2021 Aug 12;385(7):595-608. doi:10.1056/NEJMoa2101016.

34. Delany-Moretlwe S, Hughes JP, Bock P, et al. Cabotegravir for the prevention of HIV-1 in women : results from HPTN 084, a phase 3, randomised clinical trial. *Lancet*. 2022 May 7;399(10337):1779-1789. doi:10.1016/S0140-6736(22)00538-4.
35. VIH.org. Roncier C. La PrEP injectable deux fois par an : les résultats encourageants de l'étude PURPOSE 1. 2024. Disponible sur: <https://vih.org/vih-et-sante-sexuelle/20240704/la-prep-injectable-deux-fois-par-an-les-resultats-encourageants-de-letude-purpose-1/> [consulté le 2 août 2024].
36. Nair G, Celum C, Szydlo D, et al. Adherence, safety, and choice of the monthly dapivirine vaginal ring of oral emtricitabine plus tenofovir disoproxil fumarate for HIV pre-exposure prophylaxis among African adolescent girls and young women : a randomised, open-label, crossover trial. *Lancet HIV*. 2023 Dec;10(12):e779-e789. doi:10.1016/S2352-3018(23)00227-8.
37. Luetkemeyer AF, Donnell D, Dombrowski JC. Postexposure Doxycycline to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections. *N Engl J Med*. 2023 Apr 6;388(14):1296-1306. doi:10.1056/NEJMoa2211934.
38. Molina JM, Bercot B, Assoumou L, et al. Doxycycline prophylaxis and meningococcal group B vaccine to prevent bacterial sexually transmitted infections in France (ANRS 174 DOXYVAC) : a multicentre, open-label, randomised trial with a 2x2 factorial design. *Lancet Infect Dis*. 2024 Mai 23;S1473-3099(24)00236-6. doi:10.1016/S1473-3099(24)00236-6.
39. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. 2017. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf [consulté le 1er août 2024].
40. 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*. 2017;26(3):136-145. doi:10.1016/j.sexol.2017.04.002.
41. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician : are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly*. 2011 Mar 8;141:w13178. doi:10.4414/smw.2011.13178.
42. Potherat G, Tassel J, Epaulard O. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la médecine générale : mention de l'orientation sexuelle par les patients et impact sur la relation de soins (étude HomoGen). *Bull Epidemiol Hebd*. 2019;(12):204-10.
43. Chiarabini T, Lacombe K, Valin N. Prophylaxie préexposition au VIH (PrEP) en médecine générale : existe-t'il des freins ? *Santé Publique*. 2021;33:101-102.
44. Joseph J, Moll MP, Hessamfar M. Proposition systématique d'un suivi alterné ville-hôpital aux patients sous PrEP: enquête de pratique auprès des médecins généralistes. *Infectious Diseases Now*. 2021 Aug;51(5):S130. doi:10.1016/j.idnow.2021.06.288.

45. Marot S, Jouhet C, Magot L, Drahi E. La place du médecin généraliste dans la gestion de la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP). Etude qualitative auprès des patients sous PrEP de Béarn et Soule. 2022;18(6):266-272. doi:10.1684/med.2022.783.

II. Article

1) Introduction

En France en 2022 entre 4200 et 5700 patients sont testés positifs au VIH (1).

Après le préservatif, le *Treatment as prevention* (TasP), le Traitement post-exposition (TPE), le dépistage et l'utilisation de matériel injectable à usage unique, la Prophylaxie pré-exposition (PrEP) vient renforcer les mesures préventives contre le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

La PrEP est l'association d'emtricitabine et de ténofovir disoproxil, inhibiteurs nucléosidiques et nucléotidiques de la transcriptase inverse. L'efficacité est démontrée dès 2010 chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les transgenres *Male to female* (MtF) avec l'étude iPrEX (2), puis avec les études PROUD et IPERGAY (3,4). Les études TDF2 et Partners PrEP montrent une efficacité de la PrEP chez les hétérosexuels (5,6). L'étude PREVENIR vient confirmer l'efficacité de la PrEP en continu et discontinu, en vie réelle (7).

Depuis 2016 l'Assurance maladie prend en charge la PrEP à 100% par Recommandation temporaire d'utilisation (RTU), avant extension de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) en 2017 (8). A l'origine seuls les médecins hospitaliers ou exerçant en Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) pouvaient l'initier. Le renouvellement était conditionné par la visite annuelle d'un médecin habilité. Depuis le 1^{er} juin 2021 la PrEP peut être initiée par tout médecin (9).

Le nombre de patients sous PrEP est en constante augmentation. 84 997 ont débuté la PrEP au 30 juin 2023, depuis 2016. Entre juillet 2022 et juin 2023 en moyenne 1677 initiations de PrEP ont eu lieu chaque mois, soit 10% de plus que l'année d'avant. Au premier semestre 2021 les Médecins généralistes (MG) étaient impliqués dans 15% des initiations et 23% des renouvellements. En 2023 ils prescrivent 37% des initiations et des renouvellements (10).

Aborder la PrEP et la santé sexuelle n'est pas facile pour les MG (11,12). Les études réalisées avant et courant 2021 suggéraient que les patients étaient favorables à aborder leur sexualité (11,13) mais étaient ambivalents pour le suivi PrEP par un MG (14,15).

L'objectif principal de cette étude était d'étudier le vécu des patients du département du Nord suivis par un MG pour la PrEP.

Le but était de comprendre comment les patients sous PrEP vivent leur suivi par un MG.

2) Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique, avec entretiens semi-dirigés réalisés auprès de patients sous PrEP du département du Nord, suivis par un MG.

Type d'étude

Le but de l'étude étant de comprendre comment les patients sous PrEP vivent leur suivi par un MG, la méthode qualitative était la plus adaptée.

Population

L'échantillonnage raisonné homogène a été choisi. Les patients ont été recrutés auprès de MG du Nord ainsi que par le bouche-à-oreille. Une affiche de recrutement a été mise en salle d'attente des MG volontaires (*Annexe 1*).

Les critères d'inclusion étaient de prendre la PrEP, d'être majeur et suivi par un MG du département du Nord.

Recueil des données

Les entretiens réalisés à l'aide d'un guide d'entretien (*Annexe 2*) ont eu lieu en distanciel par l'intermédiaire de la plateforme Pod® mise à disposition par l'Université de Lille.

Le guide d'entretien a été testé préalablement sur deux patients volontaires, les entretiens n'ont pas été analysés.

Les entretiens ont eu lieu entre le 30/10/2023 et le 09/02/2024.

Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits *ad integrum* par l'intermédiaire d'un logiciel de traitement de texte. Ils se sont poursuivis jusqu'à

l'obtention de la suffisance des données au neuvième entretien, confirmée par un dixième entretien.

Analyse des données

L'analyse des données a été faite au fur et à mesure des entretiens.

Un tableur a été utilisé pour l'analyse ouverte des entretiens, dans le but de définir les propriétés et catégories. L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de l'investigatrice et d'une autre chercheuse.

Aspects éthiques et réglementaires

Une lettre d'information a été remise à chaque patient avant le début de l'entretien (*Annexe 3*).

L'accord écrit a été recueilli par la signature du formulaire de consentement par chaque patient avant le début de l'entretien (*Annexe 4*).

Chaque entretien a été anonymisé lors de la retranscription. Certains courts passages permettant l'identification des patients ont été retirés. Les données sociodémographiques ont été retranscrites séparément.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du service de protection des données de l'Université de Lille sous la référence 2023-107 (*Annexe 5*).

3) Résultats

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

Patient	Âge (années)	Genre	Orientation sexuelle	Statut	Lieu de vie	Date de première prise	Prise continue ou discontinue	Durée de l'entretien
P1	33	M	Homosexuel	Célibataire	Urbain	2019	Discontinue	43min
P2	29	M	Homosexuel	Union libre	Urbain	2020	Continue	1h09
P3	29	M	Homosexuel	Célibataire	Urbain	2022	Discontinue	1h06
P4	56	M	Homosexuel	Marié	Urbain	2022	Discontinue	57min
P5	51	M	Homosexuel	Célibataire	Urbain	2020	Discontinue	1h02
P6	39	M	Homosexuel	Marié	Urbain	2021	Discontinue	46min
P7	39	F	Pansexuelle	Pacsée en union libre	Rural	2021	Continue par périodes	1h17
P8	39	M	Bisexuel	Pacsé en union libre	Rural	2022	Discontinue	1h03
P9	28	M	Homosexuel	Célibataire	Urbain	2023	Continue	45min
P10	21	M	Homosexuel	Union libre	Urbain	2022	Discontinue	48min

L'âge moyen des patients était de 36,4 ans. 5 patients pratiquaient le chemsex, dont 2 rarement. 4 patients étaient suivis par des MG femmes et 6 par des hommes.

Accéder à la PrEP

Les patients ont connu la PrEP par les réseaux sociaux, les magazines dont « *Têtu* » (P2), le bouche-à-oreille avec des HSH, les applications de rencontre : « *On voit apparaître sur les applis de rencontre : sous PrEP/pas sous PrEP* » (P1), mais pas par le corps médical. Certains ont découvert la PrEP à la suite d'un changement de sexualité.

Un déséquilibre dans l'information des hétérosexuels était noté : « *C'est très connu dans le milieu gay, [...] dans le milieu hétéro, franchement, pas du tout* » (P7). Les HSH avaient parfois l'impression d'être « *stigmatisés sur le VIH [...]* » (P10).

Des patients déclaraient une sexualité à risque : « *J'avais une sexualité un peu débridée* » (P10). D'autres n'avaient pas l'impression d'avoir « *une sexualité très, très*

à risque, c'est-à-dire [avaient] cette culture du préservatif » (P5), mais prenaient la PrEP pour « se rassurer ».

Certains patients se sentaient peu menacés par le VIH : « *Moi les gens qui sont affectés autour de moi, qui ont ma génération, ça reste quand même vachement [...] rare et [...] dans ce que je lis hein, c'est quasiment plus les hétéros qui refilent le SIDA aujourd'hui.* » (P2). Une différence générationnelle était soulignée : « [...] *je viens d'avoir 51 ans et je fais partie de cette génération aussi qui s'est ouverte à la sexualité avec le, la peur, voire la terreur du virus du SIDA et du préservatif, etc.* » (P5).

La PrEP était débutée pour se protéger, le préservatif n'étant pas toujours utilisé : « *je pourrais presque m'autocritiquer et me dire « crétin, pourquoi ? Pourquoi tu te protèges pas ? » »* (P1). Pour d'autres la PrEP était utilisée comme protection en plus du préservatif : « [...] *j'ai l'impression que je mets cinquante protections quoi. Mais je préfère ça pour ma tranquillité d'esprit.* » (P7). Un patient signalait être exclu de certaines relations avec une « *forme de violence* » en raison d'une volonté de mettre systématiquement un préservatif : « *si tu veux utiliser un préservatif alors tu m'intéresses pas et tu dégages* » (P5).

La PrEP permettait d'être « [...] *plus libéré* » (P2), avec la possibilité de moduler la prise selon les prises de risque. Ils étaient conscients que la PrEP ne les protégeait que du VIH mais la moitié des patients interrogés craignait moins les autres Infections sexuellement transmissibles (IST) : « *c'est comme un rhume quoi* » (P10).

Des patients s'affranchissaient du corps médical, que ce soit pour s'informer : « [...] *je me suis renseigné sur internet [...]* » (P3) ou pour débiter la PrEP dans le cas de deux

patients : « *Ils m'ont fait tester, et puis ben par la suite j'ai décidé de la prendre de manière indépendante.* » (P10).

Une information complète concernant les bénéfices et les risques était souhaitée : « *[...]il nous a bien listé tous les risques [...]* » (P4). Ils se questionnaient sur l'incidence de la PrEP sur la santé : « *sur le long terme, ça peut endommager un petit peu les reins, le foie* » (P10).

Le choix du schéma continu ou discontinu s'effectuait en fonction de la sexualité du patient. Le schéma continu était parfois préféré par peur de se « *planter* » dans la prise (P2).

La plupart des patients côtoyaient des personnes sous PrEP et échangeaient au sujet de leurs expériences.

Choisir un suivi avec un MG

Un seul patient était suivi conjointement avec le CeGIDD.

Il n'y avait pas de suivi en dehors de la PrEP, hormis un patient pour l'asthme et un pour allergie.

Les patients se renseignaient avant de trouver un MG : « *ça figurait dans la liste qu'il était, qu'il était spécialiste de la PrEP* » (P4) ; « *c'est l'écueil majeur en médecine générale, c'est qu'il faut tomber sur un médecin ouvert simplement à des sexualités différentes de la sienne* » (P5). Un patient avait comme opinion que le CeGIDD « *délégu[ait]* » (P6) au MG la prescription de la PrEP.

L'âge du MG rentrait souvent en compte dans le choix, les patients préférant être suivis par un MG plus jeune, exerçant en milieu urbain, plus proche de leur mode de vie. Un

seul patient a préféré un suivi par une femme craignant le « *jugement du mode de vie vis-à-vis d'un autre homme qui n'est pas homosexuel* » (P1).

Le MG actuel n'était pas celui qui les suivait dans l'enfance, avec lequel ils ne se seraient pas vus aborder le sujet.

Choisir le suivi par un MG nécessitait de surmonter ses appréhensions avec la « [...] *peur d'être jugé [...]* » (P9), de se voir refuser la PrEP : « [...] *j'avais un petit peu peur aussi de, potentiellement d'avoir un rejet de cette demande* » (P3). La possibilité pour les MG de pouvoir initier la PrEP n'était pas toujours connue des patients.

La disponibilité du MG, la proximité géographique et l'accessibilité étaient citées comme favorisant le suivi par le MG : « [...] *c'est la facilité de prendre rendez-vous et de se déplacer* » (P6), notamment en milieu rural. Être suivi par une seule personne renforçait ce choix, avec la possibilité d'avoir un suivi « *global* » (P4).

Des patients choisissaient le MG par souci de discrétion : « [...] *même si le lieu est assez discret, c'est un centre* » (P4) ; « *personne ne se dit, tiens, il vient pour se faire prescrire telle ou telle chose, ou il vient parce qu'il est gay ou un truc comme ça en fait* » (P4). D'autres trouvaient le CeGIDD plus « anonyme » et hésitaient à choisir un MG par peur que leurs proches n'apprennent qu'ils étaient sous PrEP : « *on discute un peu sexualité avec son médecin traitant qui habite deux maisons au-dessus de la nôtre* » (P8).

Le vécu de la relation avec le MG

Être suivi par un MG nécessitait d'être acteur de sa prise en charge et plus autonome, notamment pour la réalisation des examens : « *Si le patient prend les choses un petit*

peu à la légère, il peut, ouais, ne pas, ne pas s'en soucier, ne pas faire ses tests régulièrement, voilà. » (P5).

La possibilité de faire le bilan biologique sur place était avancée comme avantage pour les CeGIDD. Un patient craignait qu'un bilan biologique fait en laboratoire privé « *ne permet[te] pas des analyses optimales* » (P6).

Le passage en pharmacie de ville était parfois compliqué, confrontant les patients à la méconnaissance de certains pharmaciens et aux ruptures de génériques.

Les patients créaient un lien plus aisément avec leur MG, étant suivis par une seule personne. Une majorité évoquaient un lien de « *confiance et de la connaissance de l'un et de l'autre* » (P1).

Ce lien est à double tranchant : un patient se confiait moins sur sa vie sexuelle par peur de déstabiliser et de perdre cette proximité : « *On est plus proches, on l'aime bien, on n'a pas envie de la choquer, on n'a pas envie de lui dire des choses désagréables. Comme avec des membres de la famille [...] J'ai plus d'égards pour elle que pour les gens du CeGIDD d'une certaine manière* » (P6).

Se sentir impliqué dans sa prise en charge était apprécié : « *on a discuté du traitement ensemble, voilà par exemple, ce qui était pas le cas en CeGIDD où bah voilà c'est piqûre de ceftri' et c'est piqûre de ceftriaxone* » (P1).

Les patients avaient vécu ou entendu parler de mauvaises expériences avec des MG refusant de prescrire la PrEP ou jugeant les patients sur leur sexualité : « *son médecin a refusé [...], lui a dit que ça va l'encourager à avoir des relations à risque* » (P4), entraînant un retard de prise en charge.

Une majorité des patients s'étaient déjà sentis jugés, le plus souvent par des MG autres que le MG habituel : « *on se rend compte qu'il y a beaucoup de médecins qui se permettent en fait des commentaires disant que bah si on n'était pas homosexuel, on n'aurait pas la chlamydia par exemple* » (P6).

Les limites des MG étaient pointées, certains patients ayant des doutes sur leur connaissance de la PrEP : « *Est-ce que ce serait vraiment pas dangereux pour moi, sachant qu'on voit qu'il, qu'il connaît pas trop...* » (P10), et obtenaient des informations plus incomplètes qu'en CeGIDD : « *on m'a jamais réellement parlé des effets secondaires* » (P2). En cas de difficultés de prise en charge les patients privilégieraient le CeGIDD : « *si un moment j'ai enfin... j'ai un moment de stress j'irai en CeGIDD* » (P3), auquel ils prêtent plus d'expertise.

Ils regrettaient que certains MG notamment remplaçants puissent donner des consignes approximatives plutôt que d'avouer leur méconnaissance du sujet, en ayant « *la tentation de faire comme s'[ils] savai[en]t* » (P6). Une personne signalait avoir été « *[...] mal informé[e]* » (P7), entraînant une mauvaise prise de PrEP.

Deux patients ne se sentaient pas entendus sur les effets secondaires : « *j'ai parlé de la prise de poids, il m'a dit que c'est pas forcément lié mais bon, moi je suis persuadé que c'est lié en fait* » (P4).

Même si la plupart décrivaient leur relation avec leur MG concernant leur santé sexuelle comme étant « sans tabou », certains regrettaient que la sexualité ne soit pas toujours abordée en consultation : « *c'est pas un truc qu'on, sur lequel on va en*

profondeur » (P8). Un seul patient se sentait gêné de parler de sa sexualité et ne souhaitait pas l'aborder.

Des changements à envisager

La possibilité d'une prise en charge par un MG était perçue comme une avancée permettant à la PrEP d'être plus prescrite, de « *popularise[r] le traitement* » (P4).

Il était souligné que les professionnels de santé devaient être formés afin de sécuriser la prescription : « *Je pense que c'est important que, sachant que c'est un sujet de santé qui est quand même important, que les gens soient [...] bien informés quoi, donc que les médecins soient bien informés, voilà* » (P8).

Certains patients souhaiteraient consulter en CeGIDD ponctuellement afin d'avoir un avis spécialisé : « *je sais pas peut-être une fois tous les 2-3 ans d'aller voir des gens spécialisés pour bah, pour voir si c'est, si c'est toujours adapté pour nous* » (P8).

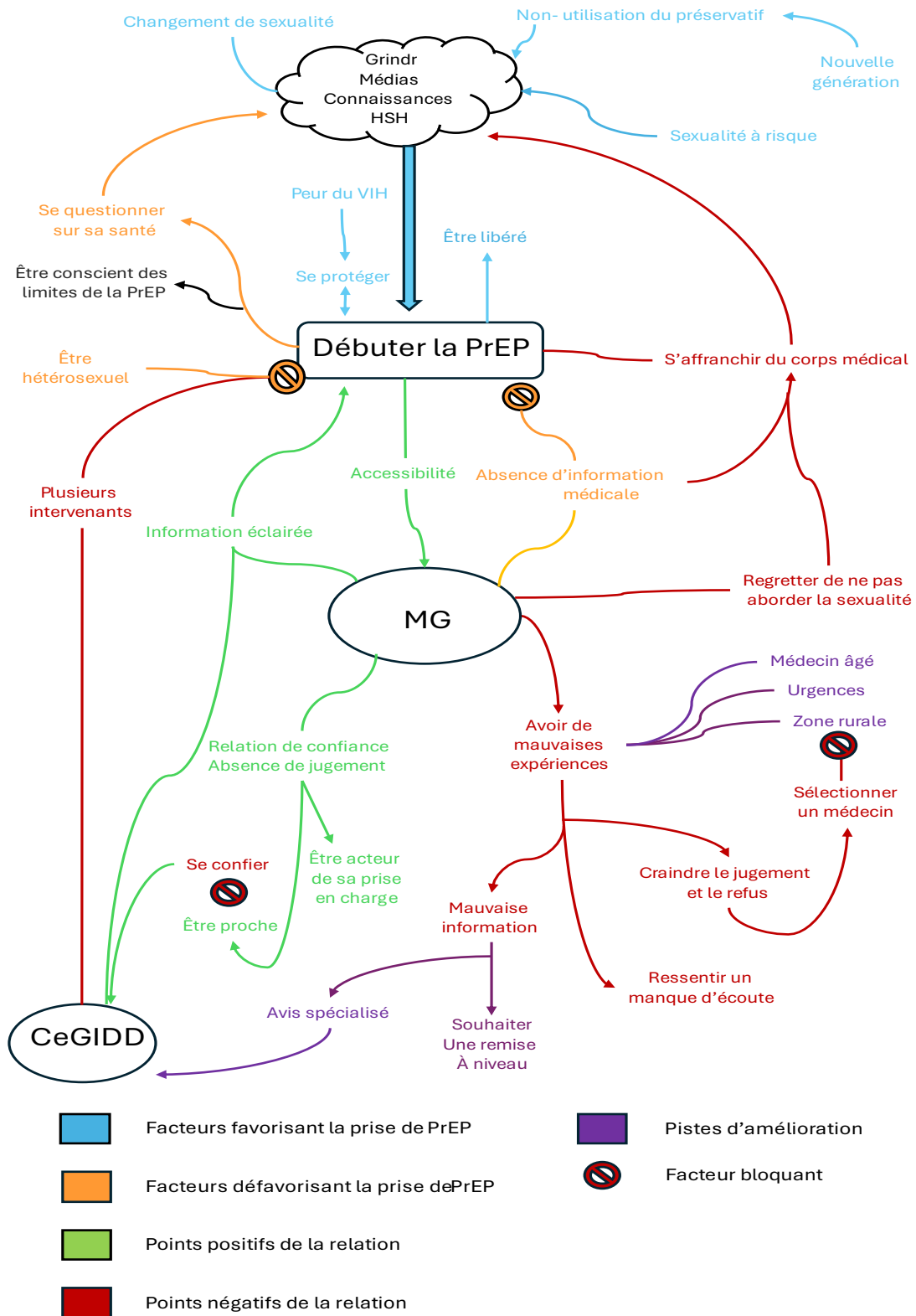
Ils craignaient que lors de la primo-prescription les MG consacrent moins de temps aux explications qu'en CeGIDD : « *Je suis pour. Si les médecins traitants ne se contentent pas de donner le médicament* » (P6).

Deux patients se sont sentis en danger au cours de leur prise en charge, avec leur MG ou aux urgences lors d'une demande de TPE : « *[...] pour moi, il a réellement pas été accompagné par les urgences [...] la personne qui l'a reçu c'était un peu en mode « bah tant pis pour ta tronche, quoi. Enfin t'avais qu'à faire gaffe quoi »* » (P2).

Quatre patients évoquaient une volonté de libérer la parole autour de la sexualité en santé. Ils souhaitaient pouvoir évoquer leur sexualité quelle que soit leur orientation sexuelle ou leur situation familiale : « *Mais au moins poser cette question parce que y a personne qui pose la question [...] je pense qu'on s'arrête trop au niveau de la sexualité aux jeunes jusque 30 ans, les gens pas mariés et tout ça.* » (P7).

La majorité était déçue par la communication autour de la PrEP. Celle-ci est encore peu connue et les patients souhaiteraient une augmentation de la visibilité par des campagnes publicitaires ou une information systématique chez les MG. Il faudrait « *qu'il y ait plus d'accès pour le grand public parce que si on doit passer par une connaissance pour commencer, ça va pas attirer beaucoup de monde* » (P10). Ils essayaient de faire connaître la PrEP autour d'eux, mais soulignaient que la prévention sexuelle était souvent oubliée des MG, mettant en danger les patients: « *son médecin le met en danger, puisque voilà, la première des choses, c'est de l'informer, de lui dire « voilà, tu rentres dans la sexualité »* » (P5). Ils regrettaient que les jeunes soient majoritairement informés par les connaissances, les associations et les médias homosexuels.

4) Discussion



Synthèse des résultats

Les patients sous PrEP choisissaient d'être suivis par un MG en raison de la facilité d'accès, la volonté d'être suivis par une seule personne.

Leur expérience était satisfaisante, basée sur une relation de confiance. Ils se heurtaient au manque d'information médicale et de connaissance de certains MG. De mauvaises expériences vécues ou rapportées les amenaient à rechercher un MG ayant un mode de vie proche du leur par crainte du jugement. Certains soulignaient que des patients n'avaient pas accès à la PrEP en raison d'un refus du MG.

Leur suivi par un MG les amenait à être acteurs de leur prise en charge et plus autonomes. La plupart évoquaient une relation sans tabou autour de leur santé sexuelle mais certains regrettaient de ne pas toujours pouvoir aborder leur sexualité. Cela les amenait à s'affranchir du corps médical pour obtenir des informations et parfois pour débiter la PrEP.

Les patients souhaiteraient une actualisation des connaissances des MG, et bénéficier pour certains d'un avis spécialisé ponctuel.

Il ressort de cette étude que la mission de prévention des MG ne serait pas pleinement exploitée.

Comparaison avec la littérature

En France l'âge moyen des patients à l'initiation de la PrEP est de 36 ans (10). 71% résident en secteur urbain (80% dans notre étude). Au premier semestre 2023 4,6% des patients débutant la PrEP sont des femmes (10% dans notre étude).

Comme dans la littérature les patients ont connu la PrEP en dehors du système de soins (16).

Ils souhaiteraient que la sexualité soit plus abordée par les MG et ont peu de barrières autour de la sexualité, en particulier quand ils savent que leur MG présente des compétences dans ce domaine (16,17). Dans l'étude HomoGen, les patients HSH mentionnent le fait que le médecin n'aborde pas la sexualité comme un frein à la mention de l'orientation sexuelle (13). Ce tabou autour de la sexualité peut conduire à une sous-utilisation de la PrEP par les MG (18).

Le suivi par un MG est perçu comme « une avancée » et rend la PrEP plus accessible, venant confirmer les résultats de l'étude qualitative réalisée avec des patients en CeGIDD. La perception plus favorable des jeunes MG, la crainte d'être jugé et le manque de prévention étaient également retrouvés dans cette étude (15). Les MG ruraux semblent moins à l'aise avec la PrEP (19).

En 2020 28% des MG des Hauts-de-France ne connaissaient pas du tout la PrEP. Ils étaient motivés à être impliqués dans sa prescription (20). En 2023 encore, certains MG ne connaissaient pas son existence ou n'étaient pas au fait de l'autorisation de primo-prescription. Sa prescription était perçue comme « facile » mais les MG craignaient une prise en charge incomplète (21) comme le craignent certains patients dans notre étude.

Forces et limites de l'étude

Il s'agit d'une étude originale, peu d'études ayant étudié l'avis des patients sous PrEP suivis par un MG.

L'échantillon était raisonné homogène, chaque patient étant suivi par un MG pour la PrEP. Le recrutement s'est fait en partie par le bouche-à-oreille, ayant pu amener à recruter des patients aux caractéristiques similaires.

Les entretiens se sont déroulés en visioconférence, limitant l'analyse du langage non-verbal. Une seule personne a réalisé les entretiens, permettant un recueil cohérent et homogène.

Le nombre de patients a été limité par une difficulté à recruter des patients suivis par un MG. Le recrutement de patients par leur MG a pu influencer leurs réponses : certains ont pu penser que des propos négatifs pourraient influencer leur suivi. Nous avons essayé de limiter l'influence en réalisant des entretiens longs et en relançant si nécessaire. Certaines relances subjectives ont pu elles-mêmes influencer les patients. La triangulation des données a été réalisée sur la totalité des entretiens, renforçant la validité interne de l'étude.

Perspectives

Les études réalisées au moment de l'autorisation de primo-prescription suggéraient que les patients étaient attachés à leur suivi spécialisé (15).

Notre étude suggère que les patients sont satisfaits de leur suivi par les MG, même s'il reste des points à améliorer : l'abord systématique de la sexualité, l'actualisation des connaissances en santé sexuelle, l'abstention de jugement et le renforcement de la prévention.

Le rôle informatif et préventif des MG semble sous-exploité, exposant les patients à une contamination au VIH (22). L'un des freins à la primo-prescription de la PrEP par

les MG est une absence d'identification des patients ayant une sexualité à risque (23). Il pourrait être levé par un abord systématique de la santé sexuelle en consultation au même titre que les antécédents généraux des patients.

Il était évoqué une formation insuffisante des MG, amenant les patients à se sentir parfois en insécurité.

La santé sexuelle est peu abordée au cours de la formation initiale des étudiants. Un paragraphe sur la PrEP a été ajouté au Pilly®, mais il ne développe pas ses modalités de prescription ni de suivi. Il pourrait être souhaitable de sensibiliser les jeunes médecins à ce sujet dès le deuxième cycle en intégrant la PrEP dans le tronc commun. L'obligation de formation continue suite au décret du 9 janvier 2019 pourrait pallier en partie à ce manque de connaissances. Le site FormaPrEP remplacé le 5 juin 2024 par le site FormaSantéSexuelle, permet à tous les professionnels de santé de se former gratuitement à la santé sexuelle et à la PrEP.

Le jugement de certains MG semblait être un frein à la primo-prescription par le MG, entraînant une appréhension et des retards de prise en charge chez certains patients. La communication verbale et non-verbale, l'importance de la neutralité dans notre métier pourraient être rappelées lors de la formation continue. Ceci quels que soient les modes de vie, l'âge ainsi que l'opinion personnelle de chaque MG.

En 2022 73% des 16-30 ans s'informerait quotidiennement par internet (réseaux sociaux ou médias en ligne) (24). Il pourrait être utile d'y diffuser des campagnes de prévention.

Il pourrait être intéressant dans une prochaine étude, de comparer le ressenti de patients suivis par un MG formé à la PrEP au ressenti de patients suivis par un MG non formé.

Il pourrait être utile d'interroger les patients suivis en CeGIDD sur les freins à être suivi par un MG.

5) Conclusion

Cette étude a permis de recueillir l'opinion des patients concernant leur suivi par un MG. Les études précédentes avaient montré qu'ils étaient ambivalents à débiter un suivi PrEP avec un MG. Notre étude suggère que les patients ont confiance en leur MG mais souhaiteraient un abord systématique de la sexualité en consultation, un renforcement des connaissances et de la prévention, une abstention de jugement. Les mauvaises expériences rapportées par des connaissances ou vécues par certains patients demeurent un frein à la prescription de la PrEP par les MG.

Bibliographie de l'article

1. Santé Publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. 2023. Disponible sur: file:///C:/Users/Moi/Downloads/BSP_National_VIH_IST_nov2023.pdf [consulté le 7 avril 2024].
2. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 2010 Dec 30;363(27):2587-99. doi:10.1056/NEJMoa1011205.
3. McCormack S, Dunn DT, Desai M, 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*. 2016 Jan 2;387(10013):53-60. doi:10.1016/S0140-6736(15)00056-2.
4. Molina JM, Capitant C, Spire B, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 2015 Dec 3;373(23):2237-46. doi:10.1056/NEJMoa1506273.
5. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paprxtton LA, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med*. 2012 Aug 2;367(5):423-34. doi:10.1056/NEJMoa1110711.
6. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med*. 2012 Aug 2;367 (5):399-410. doi:10.1056/NEJMoa1108524.
7. Molina JM, Ghosn J, Assoumou L, et al. Daily and on-demand HIV pre-exposure prophylaxis with emtricitabine and tenofovir disoproxil disoproxil (ANRS PREVENIR): a prospective observational cohort study. *Lancet HIV*. 2022 Aug;9(8):e554-e562. doi:10.1016/S2352-3018(22)00133-3.
8. Haute Autorité de Santé. Recommandation relative à la prise en charge à titre dérogatoire de TRUVADA (emtricitabine/ fumarate de tenofovir disoproxil) dans le cadre d'une Recommandation temporaire d'utilisation. 2015 Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/truvada_annexe_rtu_has_maj_2016.pdf [consulté le 7 avril 2024].
9. Paitraud D. VIH: la primo-prescription de la PrEP autorisée en ville à compter du 1er juin 2021. 2021. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/27189-vih-la-primo-prescription-de-la-prep-autorisee-en-ville-a-compter-du-1er-juin-2021.html> [consulté le 7 avril 2024].
10. Billioti de Gage S, Desplas D, Dray-Spira R. EPI-PHARE-Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) ANSM-CNAM. Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS). 2023. Disponible sur: file:///C:/Users/Moi/Downloads/epi-phare_rapport_prep_20231129-1.pdf [consulté le 22 mai 2024].

11. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician : are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly*. 2011 Mar 8;141:w13178. doi:10.4414/smw.2011.13178.
12. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. Thèse de médecine : Université de Rennes; 2016.
13. Potherat G, Tassel J, Epaulard O. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la médecine générale : mention de l'orientation sexuelle par les patients et impact sur la relation de soins (étude HomoGen). *Bull Epidemiol Hebd*. 2019;(12):204-10.
14. Sacal M. Acceptation du suivi alterné médecin généraliste/médecin spécialiste hospitalier chez les patients sous PrEP (prophylaxie pré-exposition au VIH) : enquête dans 3 centres en Gironde. Thèse de médecine : Université de Bordeaux; 2019.
15. Marot S, Jouhet C, Magot L, Drahi E. La place du médecin généraliste dans la gestion de la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP). Etude qualitative auprès des patients sous PrEP de Béarn et Soule. 2022;18(6):266-272. doi:10.1684/med.2022.783.
16. Maitre L, Prouteau J, Mulliez A, Jacomet C. Caractéristiques et parcours de soins en médecine générale des patients recevant une prophylaxie pré-exposition (PrEP). *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2019;49(4):S143-S144. doi:10.1016/j.medmal.2019.04.345.
17. Baker JR, Arnold-Reed DE, Brett T, Hince DA, O'Ferral I, Bulsara MK. Perceptions of barriers to discussing and testing for sexually transmitted infections in a convenience sample of general practice patients. *Aust J Prim Health*. 2013;19(2):98-101. doi:10.1071/PY11110.
18. Drallmeier T, Salas J, Keegan Garrett E, Meyr A, Tucker J, Scherrer JF. Differences Between General Internal Medicine and Family Medicine Physicians' Initiation of Pre-Exposure Prophylaxis. *J Prim Care Community Health*. 2023 Jan-Dec;14:21501319231201784. doi:10.1177/21501319231201784.
19. Owens C. HIV pre-exposure prophylaxis awareness, practices, and comfort among urban and rural family medicine physicians. *J Rural Health*. 2023 Mar;39(2):469-76. doi:10.1111/jrh.12723.
20. Gilles M, Tetart M, Huleux T, Thill P, Meybeck A, Robineau O. HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) knowledge among general practitioners in 2020 : A French survey. *Infect Dis Now*. 2023 Apr;53(3):104649. doi:10.1016/j.idnow.2023.104649.
21. Sauvage B. Primo-prescription de la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) en médecine générale : qu'en pensent les médecins généralistes des Hauts-de-France ? Thèse de médecine : Université de Lille; 2023.

22. Lions C, Laroche H, Mora M, et al. Missed opportunities for HIV pre-exposure prophylaxis among people with recent HIV infection : The French ANRS 95041 OMaPrEP study. *HIV Med.* 2023 Feb;24(2):191-201. doi:10.1111/hiv.13367.
23. Chiarabini T, Lacombe K, Valin N. Prophylaxie préexposition au VIH (PrEP) en médecine générale : existe-t 'il des freins ? *Santé Publique.* 2021;33:101-102.
24. Ipsos. Le rapport des jeunes à l'information. 2022. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-11/IpsosXMedias-en-seine-le-rapport-des-jeunes-a-linformation.pdf> [consulté le 8 septembre 2024].

III. Annexes

Annexe 1 : Affiche de recrutement

Vous prenez la PrEP, vous êtes majeur(e) et vous êtes suivi(e) par un médecin généraliste ?



Je m'appelle Leila Oberhauser, je suis en année de thèse en médecine générale et je réalise ma thèse sur le suivi des patient(e)s Prépeurs en médecine générale.

Vous avez probablement des remarques à faire, des suggestions qui permettraient aux médecins d'améliorer votre prise en charge.

Je vous propose donc de participer à ma thèse

En pratique, comment cela se déroule-t'il ?

Un entretien vous sera proposé, en visio ou en présentiel selon votre convenance. L'entretien dure environ une heure.

Votre anonymat sera préservé.

Si vous êtes intéressé(e) ou pour plus d'informations, contactez- moi au [REDACTED] ou à l'adresse mail suivante : leila.oberhauser.etu@univ-lille.fr

Annexe 2 : Guide d'entretien initial

Partie 1 : Questions générales de présentation

- Quel est votre genre, ou vous définissez-vous comme non-genré ?
- Quelle est votre orientation sexuelle ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre profession ?
- Êtes-vous célibataire/ marié/ pacsé/ en union libre ?
- Votre lieu de vie est-il urbain ou rural ?
- Pratiquez-vous régulièrement le chemsex ?
- Quelle est la date approximative de votre première prise de PrEP ?
- Quel est votre mode de prise de PrEP (continu/discontinu) ?

Partie 2 : Entretien qualitatif

Question 1 : Comment avez-vous connu la PrEP ?

Relance : Dans quelles circonstances avez-vous commencé à la prendre ?

Question 2 : Dans votre cas, comment est renouvelée la PrEP ?

Relance : Pouvez-vous préciser le déroulement de la consultation ?

Question 3 : Quelle est la nature de votre relation avec votre médecin traitant ?

Question 4 : Comment avez-vous abordé la question de la PrEP avec votre médecin traitant ?

Question 5 : Comment définiriez-vous le lien que vous avez avec votre médecin traitant autour de votre santé sexuelle ?

Question 6 : Quels sont les avantages à être suivi en médecine générale ?

Question 7 : Quels sont les inconvénients à être suivi en médecine générale ?

Question 8 : Pour vous, quelle est la place du médecin généraliste dans la prescription de la PrEP ?

Question 9 : Que pensez-vous d'une première prescription de la PrEP par le médecin généraliste ?

Question 10 : Quelles sont les raisons qui vous incitent à être suivi par un médecin généraliste plutôt qu'en CeGIDD ?

Question 11 : Pour vous, que doit-on changer dans la consultation afin d'améliorer votre prise en charge ?

Question 12 : Voulez-vous ajouter des commentaires ?

Annexe 3 : Lettre d'information aux patients

Investigatrice

Mme Leïla Oberhauser, interne en médecine générale.

Coordinateur de la recherche

Dr Ludovic Willems, médecin généraliste à Hazebrouck.

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à un travail de recherche mené par Madame Leïla Oberhauser dans le cadre de son travail de thèse. Si vous acceptez d'y participer, vous signerez au préalable un formulaire de consentement.

Une copie de ce formulaire vous sera remise.

1. Procédure de l'étude

L'entretien sera individuel.

Il vise à recueillir votre avis concernant la prescription de la Prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) par votre médecin généraliste.

Les données recueillies n'impliquent pas la personne humaine au sens présent du décret du 9 mai 2017, le questionnaire n'a donc pas été soumis au comité de protection des personnes.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer à tous moments vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant. Aussi, pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Pour toutes questions, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

2. Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3. Bénéfices potentiels de l'étude

Le but de cette étude est de comprendre comment les patients « Prépeurs » vivent leur suivi en médecine générale. Des propositions d'amélioration pourraient émerger de cette étude.

4. Participation à l'étude

Votre participation à ce travail de recherche est entièrement basée sur le volontariat.

5. Rémunération et indemnisation

Aucune rémunération n'est prévue pour ce travail de recherche.

6. Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de Madame Leïla Oberhauser, par courriel : leila.oberhauser.etu@univ-lille.fr ou par téléphone : **(information masquée dans le cadre de la diffusion du travail de thèse)**.

A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués sur simple demande.

7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle Madame Leïla Oberhauser et le Dr Ludovic Willems vous proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymisées et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude seront assujetties au secret professionnel.

Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement page suivante.

Leïla Oberhauser

Annexe 4 : Formulaire de consentement

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé visant à recueillir mon avis concernant la prescription de la Prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) par un médecin généraliste.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que la participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Fait en deux exemplaires (un à destination du patient et un à destination du chercheur).

Nom et prénom :

Lieu et date :

Signature :

Annexe 5 : Attestation de déclaration au délégué de la protection des données



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Patients ayant recours à la PreP (Prophylaxie Pré- Exposition au VIH), suivis par un médecin généraliste. Recueil d'opinions par étude qualitative

Référence Registre DPO : 2023-107

Responsable scientifique : M. Ludovic WILLEMS
Interlocuteur : Mme Leïla OBERHAUSER

Fait à Lille,

Le 19 juin 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 6 : Entretiens

Les entretiens ont été retranscrits *ad integrum*.

Pour y accéder :

- Cliquez sur le lien ou collez-le dans votre navigateur :

<https://drive.google.com/drive/folders/1zHS5UEeaQrD4Rzm8sklDJMPwIYfPggt?usp>

[=drive link](#)

- Scannez le QR code ci-dessous :



AUTEURE : Nom : OBERHAUSER

Prénom : Leïla

Date de soutenance : 8 octobre 2024.

Titre de la thèse : Patients du département du Nord ayant recours à la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP), suivis par un médecin généraliste. Recueil d'opinions par étude qualitative.

Thèse – Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : *Médecine générale.*

DES + FST/option : *Médecine générale.*

Mots-clés : Prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP), VIH, médecin généraliste.

Résumé :

Contexte : La prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) fait partie de l'arsenal préventif contre le VIH. Sa primo-prescription est accessible aux médecins généralistes depuis le 1^{er} juin 2021. Les études réalisées en 2021 montraient une ambivalence des patients concernant leur suivi par un médecin généraliste pour la PrEP. L'objectif de l'étude était d'étudier le vécu des patients du département du Nord suivis par un médecin généraliste pour la PrEP.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de patients sous PrEP du département du Nord suivis par un médecin généraliste.

Résultats : Les patients sous PrEP avaient avec le médecin généraliste qui les suivait une relation basée sur la confiance. Être suivi par un médecin généraliste les amenait à être plus autonomes. Ils regrettaient le manque de formation de certains médecins généralistes, le manque de prévention, l'absence d'abord systématique de la sexualité. Cela les amenait à chercher un médecin généraliste plus jeune, ayant un mode de vie proche du leur et à s'affranchir du milieu médical pour la prise d'informations et débiter la PrEP. Le jugement de certains médecins généralistes vécu par les patients ou rapporté par leurs connaissances était un frein à un suivi par un médecin généraliste.

Conclusion : Les patients sous PrEP étaient majoritairement satisfaits de leur suivi par un médecin généraliste. Des pistes d'amélioration ont été évoquées : l'abord systématique de la sexualité, l'homogénéisation des connaissances et un renforcement de la prévention sexuelle. Une abstention de jugement semble nécessaire afin de promouvoir la prescription de la PrEP par les médecins généralistes

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier ROBINEAU

Assesseure : Madame la Docteure Agnès MEYBECK

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS