UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Prophylaxie Pré-Exposition au VIH (PrEP) : évolution des habitudes des médecins généralistes prescripteurs du département du Nord depuis l'autorisation de primo-prescription (étude qualitative)

Présentée et soutenue publiquement le 08 octobre 2024 à 18h
Au Pôle Formation

Par Valentine ROSSAT

_____

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
I. Introduction 6
A- Épidémiologie du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) 6
B- Moyens de prévention 8
C- La PrEP 10
1) Historique 10
2) La PrEP en pratique 11
3) La PrEP en médecine générale 14
II. Article 16
A- Introduction 16
B- Matériel et méthode 17
C- Résultats 19
D- Discussion 30
E- Conclusion 39
III. Références bibliographiques 40
IV. Annexes 46
Annexe 1 : Guides d'entretien 46
Annexe 2 : Lettre d'information aux participants 49
Annexe 3 : Formulaire de consentement 50
Annexe 4 : Attestation de déclaration au délégué à la protection des données 51
Annexe 5 : Entretiens 52

Liste des abréviations

AME	Aide médicale de l’Etat
AMM	Autorisation de mise sur le marché
Arcom	Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique
ARS	Agence régionale de santé
CAARUD	Centre d’accueil et d’accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
COREVIH	Coordination régionale de lutte contre le VIH
DU	Diplôme universitaire
FMC	Formation médicale continue
HAS	Haute Autorité de santé
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes
IST	Infection sexuellement transmissible
LGBT+	(LGBTQIA+) Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queers, intersexuels, asexuels
MG	Médecin(s) généraliste(s)
MT	Médecin traitant
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
SIDA	Syndrome d’immunodéficience acquise
TasP	Treatment as Prevention
TPE	Traitement post-exposition
VIH	Virus de l’immunodéficience humaine

I. Introduction

A- Épidémiologie du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

En 2023, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) a recensé 39.9 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde, 1.3 million de nouvelles contaminations et 630 000 personnes décédées de maladies liées au Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Le nombre de décès depuis le début de l'épidémie du VIH est estimé à 42.3 millions (1).

En 2011, suite à la Déclaration politique sur le VIH et le SIDA lors de l'Assemblée générale des Nations Unies, les pays membres s'engagent à intensifier leurs efforts dans la lutte contre le SIDA (2). En 2014, l'ONUSIDA fixe l'objectif du « 90-90-90 » pour 2020. Cet objectif consiste à ce que 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, que 90% de ces personnes reçoivent un traitement antirétroviral et que 90% des personnes sous traitement antirétroviral aient une charge virale indétectable. Cette nouvelle mesure a vocation à mettre fin à l'épidémie du SIDA d'ici 2030 (3).

En 2020, l'ONUSIDA actualise cet objectif pour 2025 avec une nouvelle cible à « 95-95-95 » dans sa nouvelle "Stratégie mondiale de lutte contre le VIH 2021-2026" (4).

En 2023, dans le monde, l'objectif n'est pas atteint : 86% des personnes vivant avec le VIH connaitraient leur statut sérologique, 89% d'entre elles auraient accès à un traitement antirétroviral et 93% de ces personnes auraient une charge virale indétectable (1).

En Europe, deux pays (Roumanie et Autriche) atteignent 95% de personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique. Neuf et treize pays, dont la France, remplissent respectivement la deuxième et troisième partie de l'objectif (5).

En France, environ 200 000 personnes vivraient avec le VIH. En 2022, elles étaient entre 4200 et 5700 à découvrir leur séropositivité. Il existe une augmentation des découvertes de séropositivité depuis 2021 après la forte baisse en 2020 durant l'épidémie de Covid-19. Ces chiffres restent toutefois inférieurs à ceux de la période 2012-2019 (6).

Dans la région Hauts-de-France, le taux de dépistage de l'infection à VIH augmente depuis 2015 (hormis une baisse entre 2019 et 2020) mais reste inférieur au taux de dépistage dans la France métropolitaine. Le nombre de découvertes de séropositivité était stable en 2021 par rapport à 2020 et similaire à celui en France métropolitaine hors Ile de France (7).

Dans le monde, les personnes les plus touchées par le VIH sont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe, les jeunes femmes d'Afrique subsaharienne et les personnes incarcérées (1).

En France, les HSH nés en France et à l'étranger (41% des découvertes de séropositivité en 2022) et les hétérosexuels nés à l'étranger (38% des découvertes) sont les plus touchés, suivis par les hétérosexuels nés en France puis les personnes transgenres et les usagers de drogues injectables (6).

Lutter contre le VIH est ainsi une problématique de santé mondiale. Pour espérer mettre fin à l'épidémie, l'utilisation d'un large éventail d'outils et de méthodes de prévention contre le VIH est nécessaire.

B- Moyens de prévention

Le dépistage : le dépistage précoce permet d'accéder au traitement antirétroviral au plus tôt dès la connaissance du diagnostic et de limiter les contaminations par méconnaissance du statut sérologique. Le nombre de dépistage augmente progressivement depuis 2012, malgré une baisse en 2020, avec 6.5 millions de sérologies VIH réalisées en 2022 dans les laboratoires de biologie médicale (6). A partir du 1er janvier 2022, l'Assurance Maladie met en place le dispositif « VIH Test » permettant à tous les assurés sociaux et leurs ayants droit (dont les bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat (AME)) d'avoir accès au test de dépistage du VIH en laboratoire de biologie médicale sans ordonnance et sans avance des frais. Pour les personnes sans couverture sociale, le dépistage reste accessible gratuitement en Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). Depuis le 1er septembre 2024, ce dispositif est remplacé par « Mon test IST » qui permet en plus du dépistage du VIH sans avance des frais pour tous, le dépistage de quatre infections sexuellement transmissibles (IST) : virus de l'hépatite B, syphilis, gonocoque et chlamydia, remboursé à 100% jusqu'à 26 ans (8).

Les préservatifs internes ou externes restent le moyen le plus facile d'accès à une protection efficace contre les IST et le VIH. Chez les moins de 26 ans, certaines marques de préservatif externe sont prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie depuis le 1er janvier 2023 sans prescription médicale et depuis le 9 janvier 2024 pour les préservatifs internes. Pour les patients de 26 ans et plus, ces préservatifs sont pris en charge à hauteur de 60% par l'Assurance Maladie sur présentation d'une prescription par un médecin ou sage-femme (9).

Ils sont accessibles gratuitement pour tous dans les CeGIDD et en Planning familial.

Du matériel stérile à usage unique est mis à disposition pour les usagers de drogues injectables dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) (10).

Le traitement post-exposition (TPE) est une association de trois antirétroviraux indiqué en cas d'exposition au VIH. Il est à prendre dans les 4h suivant l'exposition pour une meilleure efficacité et jusqu'à 48h après l'exposition pour une durée de 28 jours. Il est disponible dans tous les services d'urgence et en CeGIDD (11).

Le TasP (*Treatment as Prevention*) repose sur le principe que la prise d'un traitement antirétroviral efficace entrainant une charge virale indétectable chez les patients séropositifs, permet d'empêcher la transmission du VIH à leurs partenaires. Cette hypothèse a été validée par l'étude multicentrique PARTNER 1 chez les couples hétérosexuels (12) puis dans son extension PARTNER 2 chez les HSH (13).

La prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) est destinée aux patients séronégatifs à haut risque de contamination au VIH. Elle est composée de l'association d'emtricitabine et de ténofovir disoproxil, des inhibiteurs nucléosidiques et nucléotidiques de la transcriptase inverse, déjà utilisés précédemment dans le traitement du VIH.

C- La PrEP

1) Historique

Les premières études sur la PrEP par voie orale débutent en 2007 avec l'étude iPrEx -publiée en 2010- étudiant l'efficacité de l'association emtricitabine/ténofovir disoproxil en prévention du VIH chez les HSH et femmes transgenres ayant des rapports sexuels avec les hommes. Cette étude suggérait une augmentation de protection de 44% contre le VIH par rapport au placebo. Des taux faibles de concentration du médicament dans le sang des participants suggéraient un défaut d'observance (14).

En 2012, deux études sont publiées en faveur d'une efficacité de la PrEP comme prévention du VIH chez les hétérosexuels séronégatifs (TDF- 2 (15)) et les couples hétérosexuels sérodiscordants (Partners PrEP (16)).

Deux études ont validé l'utilisation de la PrEP chez les HSH : l'étude franco-canadienne IPERGAY pour la prise discontinue en 2015 (17) et l'étude anglaise PROUD pour la prise continue en 2016 (18).

L'efficacité de la PrEP en vie réelle a été vérifiée lors de l'extension en ouvert de l'étude ANRS IPERGAY publiée en 2017 (19) puis par l'étude ANRS PREVENIR publiée en 2022 retrouvant une faible incidence du VIH (1.1 cas pour 1000 personnes-années) sans différence significative entre la prise à la demande ou en continu (20).

Son efficacité est conditionnée à une bonne observance. L'efficacité globale de la PrEP est estimée à 60% et peut varier de 18% à 93% selon le niveau de couverture par la PrEP (21).

2) La PrEP en pratique

A l'issue de ces études, la PrEP est autorisée en France via une Recommandation temporaire d'utilisation (RTU) à partir de 2016. Elle se présente sous l'association d'emtricitabine/ténofovir disoproxil sous le nom de spécialité Truvada®. Elle est indiquée pour les HSH et au cas par cas pour les personnes à haut risque de contamination au VIH (22).

A partir de mars 2017, la PrEP obtient une Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le schéma continu. Elle ne peut être primo-prescrite que par un médecin hospitalier expérimenté dans la prise en charge de l'infection à VIH ou dans un centre spécialisé (CeGIDD). Le renouvellement peut être effectué par tout médecin en ville, sous réserve d'une prescription annuelle en centre spécialisé (23).

A partir du 1er juin 2021, la Haute Autorité de santé (HAS) émet un avis favorable à l'autorisation de primo-prescription de la PrEP par tous médecins en ville, dans un contexte de difficulté d'accès aux services hospitaliers et CeGIDD durant la crise sanitaire du Covid-19 (24).

La HAS a publié plusieurs recommandations de bonnes pratiques depuis la mise sur le marché de la PrEP, dont les dernières en date du 6 août 2024 (25).

La PrEP est désormais recommandée à toute personne ayant un haut risque d'exposition au VIH après une évaluation individuelle des risques.

Les modalités d'initiation reposent sur la vérification de l'indication à la PrEP et de l'absence de contre-indications (principalement représentées par : une sérologie VIH positive ou une suspicion de primo-infection VIH, une insuffisance rénale avec un DFG < 50 ml/min/1.73m², une hypersensibilité à la substance active ou aux excipients).

La consultation initiale doit être l'occasion d'une consultation en santé sexuelle plus globale afin d'aborder le suivi notamment gynécologique, l'exposition à des violences sexuelles, la vérification des vaccinations nécessaires ou encore proposer un suivi addictologique en cas de consommation de substances psychoactives, notamment lors des rapports sexuels (chemsex).

En effet, l'OMS définit la santé sexuelle comme : « un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués » (26).

Avant de débuter la PrEP, un bilan biologique recherchant une infection à VIH, l'absence d'IST associée, l'absence d'insuffisance rénale, d'anomalie de la fonction hépatique et l'absence de grossesse en cours devra être réalisé. Le suivi clinico-biologique sera réalisé à 1 mois puis tous les 2 à 6 mois selon les besoins du patient.

Il existe deux méthodes de prise : continue et à la demande. La prise continue consiste à prendre la PrEP à raison d'un comprimé tous les jours pendant toute la durée souhaitée de protection contre le VIH et jusqu'à 7 jours après le dernier rapport à risque. Il est à présent recommandé de systématiquement débuter le schéma de prise par deux comprimés mais la protection ne sera considérée comme efficace qu'à partir de 7 jours de prises chez les personnes ayant des rapports vaginaux réceptifs.

Le schéma à la demande est hors AMM, il consiste à prendre deux comprimés avant un risque d'exposition au VIH (au minimum deux heures et au maximum 24 heures avant le rapport) puis un comprimé par jour jusqu'à 2 jours après le dernier rapport à risque. Ce schéma est validé uniquement chez les hommes cisgenres et les personnes transgenres ayant des rapports anaux réceptifs.

Ces nouvelles recommandations HAS de 2024 introduisent le cabotégravir d'action prolongé par voie injectable intramusculaire comme traitement de seconde intention en cas de contre-indication ou de difficulté d'observance avec l'association orale emtricitabine/ténofovir disoproxil. Son efficacité et sa tolérance ont été démontrées au cours des études HPTN 083 et HPTN 084 avec une efficacité supérieure du cabotégravir par rapport à l'association orale emtricitabine/ténofovir disoproxil chez les HSH, les femmes transgenres ayant des rapports sexuels avec des hommes et les femmes hétérosexuelles cisgenres (27, 28). Le rapport coût/efficacité du cabotégravir et comment l'intégrer à la pratique quotidienne pour une bonne observance sont des éléments qui restent à approfondir avant sa mise à disposition sur le marché afin d'éviter des ruptures de suivi et la sélection de virus résistants (29).

De nombreuses alternatives sont également en cours d'étude pour diminuer l'incidence du VIH dans les prochaines années tout en tentant de s'adapter aux différents besoins des patients (30).

La question d'une prophylaxie post-exposition en association avec la PrEP pour la prévention des IST bactériennes est à l'étude. A l'heure actuelle, la HAS ne recommande pas l'utilisation de la doxycycline en traitement post-exposition devant

un impact à long terme, notamment sur les résistances bactériennes, encore mal connu (25). La doxycycline semble avoir une efficacité sur la survenue d'infection à chlamydia et syphilis dans plusieurs études menées chez les HSH et femmes transgenres (31, 32, 33) et une utilisation au cas par cas peut être envisagée en cas de risque élevé lorsque le dépistage est insuffisant.

3) La PrEP en médecine générale

L'ouverture de la primo-prescription aux médecins généralistes (MG) le 1er juin 2021 a été accélérée par la crise sanitaire du Covid-19. Une augmentation des comportements à risque a pu être constatée à la levée du confinement national (34) et l'implication des MG dans la prévention semble alors essentielle.

Les MG se sont montrés motivés pour s'impliquer dans la santé sexuelle. Dans une étude belge publiée en 2022, les MG souhaitaient être le premier contact pour les patients souhaitant aborder leur sexualité et les orienter si nécessaire vers un centre spécialisé adapté. Ils considéraient que cela relevait de la compétence de prévention du MG. Le manque de formation, le faible taux de sollicitations de patients en milieu rural et la difficulté pour les MG à aborder spontanément la sexualité avec leurs patients étaient des freins pour identifier leurs patients susceptibles d'être éligibles à la PrEP (35).

Une étude française publiée en 2023 suggérait que l'insuffisance de détection de ces patients à risque et le manque d'information délivrée sur la PrEP entrainaient un risque accru de séroconversion VIH (36).

La proposition d'un suivi alterné ville-hôpital était accueillie favorablement par les MG. Cela favorisait une amélioration de leurs pratiques en termes de prévention sur le VIH, une amélioration de leurs connaissances sur la PrEP et de leur capacité à assurer le suivi. En revanche, seuls 23% se sentaient compétents pour initier la PrEP (37).

Les données de l'étude EPIPHARE actualisées au 30 juin 2023 montrent une poursuite de l'augmentation des initiations de PrEP, avec un total de 84 997 personnes depuis 2016 (dont 4 618 dans les Hauts-de-France) et une augmentation de 31% des initiations par rapport à 2022. Le nombre d'utilisateurs de PrEP (en initiation ou renouvellement) a augmenté de 24% entre le 1er semestre 2022 et 2023. L'implication des MG dans l'initiation et le renouvellement de la PrEP est en augmentation depuis 2021 : ils sont responsables de 37% des initiations et renouvellements au 1er semestre 2023 contre respectivement 15% et 23% au 1er semestre 2021 (38).

Dans ce contexte d'augmentation des initiations de PrEP par les MG, l'objectif de cette étude était de recueillir les expériences des MG prescripteurs depuis l'autorisation de primo-prescription en juin 2021 et d'étudier l'évolution de leurs habitudes.
Le but de cette étude était d'analyser en quoi l'autorisation de primo-prescription de la PrEP pour les MG a pu modifier leurs habitudes afin d'en optimiser la prescription chez les patients.

II. Article

A- Introduction

39.9 millions de personnes vivraient avec le VIH dans le monde et environ 200 000 personnes en France (1). Les découvertes de séropositivité augmentent de nouveau depuis 2021 après la forte baisse en 2020 durant l'épidémie de Covid-19 (6).

Dans la Stratégie mondiale de lutte contre le VIH 2021-2026, l'ONUSIDA met en place l'objectif de « 95-95-95 » ayant pour ambition de mettre fin à l'épidémie du SIDA d'ici 2030 : 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 95% d'entre elles ont accès à un traitement antirétroviral et 95% de ces personnes ont une charge virale indétectable (4). En 2023, cet objectif n'est pas atteint.

Pour escompter avancer dans la lutte contre le VIH, la mobilisation de différents moyens de prévention est nécessaire. L'utilisation de la PrEP, association d'emtricitabine/ténofovir disoproxil par voie orale, semble prometteuse. Son efficacité et sa tolérance ont été validées chez les HSH (iPrEx, IPERGAY, PROUD (14, 17, 18)) et les hétérosexuels (TDF-2, Partners-PrEP (15, 16)) lors d'essais contrôlés versus placebo puis en vie réelle (ANRS-Prevenir (20)).

Initialement réservée aux médecins spécialisés dans le traitement du VIH exerçant à l'hôpital ou en CeGIDD, la primo-prescription de la PrEP devient accessible aux MG le 1er juin 2021 (24).

Les MG formulent leur volonté de s'impliquer dans le suivi de la santé sexuelle de leurs patients mais expriment des craintes sur leur compétence de prescripteur de PrEP notamment par des difficultés à identifier leur patientèle comme à risque et le manque de formation reçue (39).

La proportion de MG qui initient et renouvellent la PrEP est en augmentation depuis 2021 : ils ont réalisé 37% des initiations et renouvellements au 1er semestre 2023 contre respectivement 15% et 23% au 1er semestre 2021 (38).

L'objectif de ce travail était d'étudier l'évolution des habitudes des MG prescripteurs du département du Nord depuis l'autorisation de primo-prescription en juin 2021.
Le but de cette étude était de connaitre l'impact de l'autorisation de primo-prescription sur les habitudes des MG prescripteurs de PrEP.

B- Matériel et méthode

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique.
Le but de cette étude était d'analyser en quoi l'autorisation de primo-prescription de la PrEP par les MG pouvait modifier leurs habitudes de prescription. Le choix d'une méthode qualitative semblait le plus adapté afin de recueillir leurs expériences.

Population

Un échantillonnage raisonné homogène a été choisi. Les critères d'inclusion étaient : MG thésé exerçant dans le département du Nord et ayant déjà prescrit la PrEP.
Le recrutement a été fait par prise de contact téléphonique, physique ou courriel et sur proposition à la suite du bouche-à-oreille de médecins prescripteurs.

Recueil des données

Des entretiens semi-dirigés aidés d'un guide d'entretien ont été réalisés (Annexe1).

Un entretien préalable a été réalisé auprès d'un MG remplaçant dans le but de familiariser la chercheuse avec les techniques d'entretien. Les données issues de cet entretien n'ont pas été intégrées dans l'analyse. Le guide d'entretien a été enrichi au cours des entretiens.

Tous les entretiens ont eu lieu en présentiel (au cabinet du MG, à domicile, ou à la faculté de médecine). La période de recrutement et de réalisation des entretiens s'est étendue du 15 avril au 5 juillet 2024.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après accord écrit des participants. Ils ont été retranscrits *ad integrum* sur un logiciel de traitement de texte et anonymisés.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à suffisance des données.

Analyse des données

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

L'analyse ouverte a été effectuée à l'aide d'un tableur permettant la sélection de thèmes et la construction de thèmes superordonnés. Afin d'améliorer la scientificité de l'étude une triangulation de l'analyse ouverte a été faite entre l'investigatrice et une autre chercheuse.

Aspects éthiques et réglementaires

Une lettre d'information (Annexe 2) a été remise aux participants avant le début de l'entretien. Elle expliquait le but de l'étude, la confidentialité des données recueillies et la possibilité de retirer sa participation à tout moment. Le consentement écrit était recueilli par signature d'un formulaire de consentement avant le début de l'entretien (Annexe 3).

Toutes les données pouvant permettre d'identifier le participant ont été supprimées lors de la retranscription. Les enregistrements ont été supprimés à l'issue de la retranscription.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration portant le numéro 2024-082 auprès du registre des traitements des données de l'Université de Lille (Annexe 4).

C- Résultats

Description de la population

Participant	Age	Genre	Orientation sexuelle	Sensibilité à la communauté LGBT+	Lieu d'exercice	Année de première prescription de PrEP	Nombre de patients prépeurs suivis	Durée d'entretien
P1	41-50	F	Hétérosexuelle	Oui	Urbain	*Inconnue*	1	22min
P2	31-40	M	Hétérosexuel	Oui	Semi-rural	2021	8	53min
P3	41-50	M	Hétérosexuel	Oui	Semi-rural	2021	2	46min
P4	51-60	F	Hétérosexuelle	Non	Semi-rural	2022	3	51min
P5	41-50	F	Hétérosexuelle	Oui	Urbain	2019	4	51min
P6	51-60	M	Homosexuel	Oui	Urbain	2018	> 10	55min
P7	51-60	F	Hétérosexuelle	Oui	Semi-rural	2020	2	52min
P8	31-40	M	Hétérosexuel	Non	Urbain	2023	1	40min
P9	41-50	M	Homosexuel	Oui	Urbain	2017	> 10	43min

Dans la population, 2 MG avaient travaillé ou travaillaient en CeGIDD, 4 étaient Maitres de stage universitaire (MSU). La durée moyenne des entretiens était de 46 minutes.

Motivations du MG à prescrire la PrEP

L'engagement dans la communauté LGBT+ était un élément souligné par trois participants « *Je suis très très engagé, je suis très très ouvert et très anti-homophobe. […] vraiment, par militantisme.* » (P2).

Tous les participants ont évoqué à différents niveaux la PrEP comme faisant partie de la mission de prévention du MG : « *finalement on doit pas être dans le jugement et que la prise de risque on l'accepte en médecine et on l'accepte, on essaie de la prévenir*

au maximum. S'ils peuvent ne pas prendre des risques c'est mieux. Mais tu vas pas ne pas soigner un patient allergique qui sait qu'il est allergique au chat et qui a pris un chat. Tu vas pas pas soigner quelqu'un qui prend des risques sexuels et qui peut prendre la PrEP » (P5).

P5 mettait en avant sa volonté de protéger ses patients : « *la protection contre une maladie qui certes est bien traitée mais reste pour le coup assez stigmatisante* » (P5).

Les MG interrogés mettaient la relation médecin traitant (MT)-patient au cœur de l'alliance thérapeutique afin d'aborder tout sujet sans tabou : « *Bah c'est la confiance. C'est que on aborde le sujet plus facilement. Il y a une vraie relation de confiance. C'est quand c'est un spécialiste je pense, c'est pas pareil, c'est pas pareil. Et puis nous on connait, on connait leur vie* » (P3).

Aborder la santé sexuelle ne pouvait se faire sans confiance du patient : « *c'est que quand on commence la première consultation pour la PrEP, on va directement dans le dur quoi. Enfin je vais dans le dur, dans l'intime. Donc tout de suite ouais, il y a une relation de confiance qui doit se créer tout de suite* » (P2).

P5 insistait sur le respect de l'intimité des patients malgré l'abord de leur sexualité : « *pour moi ça fait partie vraiment de mes devoirs de d'expliquer, d'avoir le minimum des informations dont j'ai besoin et surtout ce que j'espère parce que ça c'est toujours, c'est laisser autant d'ouverture que possible pour ceux qui veulent m'en dire plus mais pas être intrusif* ».

Aborder le sujet de la PrEP avec les patients était aussi l'occasion de réaliser une consultation exhaustive sur leur santé sexuelle : « *Ouais c'est c'est vraiment plutôt l'idée d'une consultation en santé sexuelle plutôt qu'une mise sous PrEP quoi.* » (P9) et de dépister tous les patients sur leurs pratiques à risque : « *Bah déjà toute personne*

peut être éligible à la prise de de la PrEP à partir du moment où la personne a une sexualité. […] à partir du moment où les gens ont des relations non protégées avec des partenaires irréguliers, ça peut être une raison pour la prendre hein. » (P6)

P9 soulignait la nécessité pour le MG d'être à l'aise avec la sexualité : « *Parce qu'il faut soi-même être à l'aise avec la santé sexuelle il faut il faut savoir en parler, faut pas avoir peur des mots* ».

Favoriser l'accès à la PrEP par la primo-prescription du MG

Les MG interrogés étaient favorables au fait de pouvoir primo-prescrire. Ils mettaient en avant leur disponibilité : « *Et puis nous on est beaucoup plus disponible. […] Moi ils peuvent prendre rendez-vous en 3 jours* » (P2), leur accessibilité et leur connaissance du patient : « *avoir rapport à quelqu'un qui le connaît, qu'il voit plutôt plus ou moins régulièrement* » (P8), avec l'avantage d'avoir un même interlocuteur : « *C'est pas toujours le même médecin qui vous reçoit forcément au CeGIDD. Je pense qu'ils préfèrent un suivi un peu plus régulier* » (P9).

Mais P9 était contre s'il n'y avait pas d'investissement suffisant du MG dans l'ensemble de la santé sexuelle : « *Ouais, je trouve que prescrire la PrEP quand c'est juste pour prescrire la PrEP mais qu'on va pas parler de sexualité, ça a pas d'intérêt* ».

La notion de pouvoir favoriser la discrétion était évoquée grâce à la consultation au cabinet et la polyvalence du MG : « *peut être ce qu'ils se disent c'est qu'en allant au CeGIDD ben ils ont la pancarte sur le front. […] ils se disent ben on sait que je suis là, que je suis là pour justement pour ça […] Et ici au cabinet, bah ils peuvent venir ici comme pour venir pour une angine* » (P8).

Les MG interrogés estimaient qu'ils pouvaient mieux s'adapter au rythme du patient et à l'évolution de ses besoins : « *Non je non je lui ai pas proposé [la PrEP, NDLR] parce que pour l'instant euh voilà c'est un peu encore récent et je pense que elle est pas encore prête à entendre ce genre de chose.* » (P3). Ils mettaient en avant leur possibilité de prendre le temps d'introduire la PrEP en plusieurs consultations : « *je dirais que ça pas été une consultation unique pour moi. Ça s'est vraiment fait sur 3-4 consultations au total entre le moment où on en a parlé, où on a fait finalement tout le bilan biologique si elle voulait commencer, et puis on l'a vraiment commencé.* » (P5).

L'importance d'appartenir à un réseau de soins était soulignée par certains participants que ce soit en travaillant avec les paramédicaux ou en collaborant entre MG afin de proposer une offre de soins variée et en étant plus disponibles que les spécialistes : « *Ouais on est tous un peu isolés en fait dans le secteur […] et comme on se voit assez régulièrement quand même entre nous, bah on arrive du coup à se connaître, à avoir un peu les spécificités de chacun.* » (P9).

La majorité des participants appréciait de pouvoir échanger avec le CeGIDD en cas de difficultés de prise en charge en ville : « *moi quand je sais pas j'appelle donc j'ai le téléphone facile, j'ai Omnidoc, j'ai un réseau, je demande beaucoup d'avis* » (P2) ainsi que pour améliorer l'accès à des soins coûteux comme la prise en charge des vaccinations : « *Voilà et en fait là l'hépatite A je l'ai envoyé parce que du coup quand on va là-bas c'est remboursé au CeGIDD. Que sinon nous c'est payant en ville*. » (P1). Deux MG travaillaient étroitement avec un CeGIDD pour organiser le relais hôpital-ville : « *Ben ils m'ont envoyé 2 ouais, 2 ou 3 [patients, NDLR] en disant voilà le suivi maintenant en CeGIDD est plus possible pour vous, ça fait 2 ans, je sais pas quoi, faut faire un relais en ville. Et donc ils ont donné mon nom et les patients sont venus quoi.*

Ouais, et j'aimerais bien qu'ils fassent ça plus souvent. » (P2).

Cinq participants estimaient avoir peu ou pas d'échanges avec les spécialistes : *« Non, aucun retour, pas de communication*. » (P7).

Obstacles à la primo-prescription par les MG

Une difficulté rencontrée par 7 des 9 participants était le manque de formation officielle à la PrEP : « *Il faudrait que ce soit enseigné à la fac. Qu'au moins on sache que ça existe* » (P2). Ils se sont formés de façon autonome par lecture d'articles, par recherche sur le site d'associations militantes ou encore par l'utilisation d'outils numériques de formation : « *J'avais suivi oui dans les formations j'avais été sur le truc FormaPrEP* » (P5). Aucun n'avait reçu d'enseignement durant ses études médicales. Deux participants s'étaient formés lors de congrès spécialisés sur le VIH du fait de leur implication dans le suivi de patients séropositifs « *Bah déjà cette molécule était, je l'utilisais déjà dans le traitement du VIH […], mais le la PrEP en fait là j'en ai pris connaissance lors de de réunions et de congrès sur le VIH*. » (P6).

Certains MG se sont rendu compte qu'ils associaient la PrEP uniquement aux HSH : « *c'est pour l'instant la PrEP je la réserve effectivement aux patients homosexuels* […] *J'en parle pas aux hétéro et j'en parle encore moins aux femmes*. » (P2), avec pour conséquence une sous-estimation des risques et du dépistage des autres patients : « *Enfin, j'ai des jeunes après qui ont des rapports non protégés, mais c'est des jeunes, enfin c'est pas des c'est pas... […] Si c'est quand même des rapports à risque mais bon je sais pas si... Pour moi ils relèvent pas forcément de la PrEP, c'est plus prévention classique*. » (P1).

Deux MG soulignaient que le manque d'intérêt sur la santé sexuelle de certains MG : « *parce que c'est s'ils s'impliquent pas, ils vont pas le faire.* » (P6) ou leur gêne à aborder ce sujet : « *Ils se sentent pas à l'aise la majorité des collègues du secteur* » (P9) ne les rendaient pas aptes à primo-prescrire.

Un MG s'inquiétait de sa difficulté à aborder la sexualité en tant que médecin de famille avec des patients qu'il aurait suivi depuis l'enfance : « *Après, je me suis posé la question de plus tard, quand j'aurai 20, 30 ans d'expérience, que ce sera des enfants que j'ai suivi qui deviennent des adultes, est ce qu'ils accepteront de parler avec moi qui les ai connus tout petits de sexualité et de machin ?* » (P2). A l'inverse, P3 considérait ce lien comme un atout : « *C'est l'avantage d'être là depuis longtemps. De les connaître, ouais. Je suis pas leur père, mais je les connais bien. […] Ils hésitent pas à me parler aussi facilement*. ».

P4 insistait sur la nécessité de s'affranchir de ses propres représentations afin d'éviter tout jugement : « *Et que une chose impérative en en santé sexuelle, […] il ne faut surtout pas se projeter à notre vie perso et il faut laisser libre cours à la vie de nos patients et surtout pas se projeter et laisser la liberté de chacun à faire ses propres choix.* ».

Difficultés rencontrées par les patients

Les MG rapportaient que leurs patients avaient fréquemment la crainte d'être jugés ou avaient subi des remarques déplacées de pharmaciens, de MG, même de leur MT : « *Et il y a aussi des patients qui m'ont dit ouais mon médecin [traitant, NDLR] m'a dit : "c'est pas une sexualité normale, plutôt que prendre la PrEP il faut peut-être réfléchir*

à changer de sexualité", donc j'ai changé de médecin » (P9).

Aborder le sujet intime de la sexualité avec le médecin de famille pouvait aussi être vécu comme délicat pour les patients. Des patients semblaient préférer être suivis en ville par un MG mais qui ne soit pas leur MT ou en CeGIDD : « *Parce que aussi les il y a certains patients qui vont aller au CeGIDD pour l'anonymat, c'est aussi par rapport à leur médecin* » (P6).

Le CeGIDD est perçu comme un lieu d'aide et d'échange sur la sexualité utile aux patients ne souhaitant pas un suivi par le MG : « *le CeGIDD était ouvert à tout le monde […] c'est pas parce qu'on allait au CeGIDD qu'on était dans une sexualité particulière »* (P6). Au contraire, deux participants percevaient le CeGIDD comme un lieu stigmatisant, pouvant entrainer une souffrance pour les patients. P4 en particulier culpabilisait de l'absence de choix du suivi avant la possibilité de primo-prescription : « *aller au CeGIDD, c'est quand même une étape beaucoup trop… Stigmatisante pour mes patients. […] c'est anormal de parce que on est comme on a cette orientation sexuelle eh bien on doit aller à un endroit. C'est hérétique*. ».

La crainte des patients d'une toxicité d'un médicament ou de ses effets indésirables (EI) étaient cités comme motifs de refus de la PrEP. Deux participants soulignaient le paradoxe entre cette crainte et la consommation de drogues illicites : « "*j'ai pas envie de prendre un traitement qui pourrait être toxique pour ma santé, j'ai pas envie de m'embêter avec ça". Ce qui pourrait être quelque fois particulier parce que des gens qui vont notamment faire du chemsex et qui vont pas vouloir prendre de la PrEP. La notion du risque est pas la même.* » (P9).

Les MG avec le plus grand nombre de patients sous PrEP rapportaient quelques cas d'EI digestifs, de dégradation de la fonction rénale nécessitant un arrêt de la PrEP. Pour limiter ces EI, ils adaptaient leurs prescriptions selon la tolérance du patient (prescription en non substituable, sans lactose…).

Le refus de prendre un médicament par les patients était renforcé par l'absence de crainte du VIH, le fait de se considérer en bonne santé et de ne pas voir d'utilité à la PrEP. Les MG interrogés constataient que la population générale ne se sentait plus concernée par le VIH en particulier les hommes hétérosexuels, les femmes et les échangistes. Ils rencontraient des difficultés à aborder ce sujet avec eux : « *Pour eux le VIH c'est plus une maladie, c'est plus un problème et ça les concerne pas eux*. » (P9).

Pour les participants, cette méconnaissance des patients était favorisée par un manque de diffusion de la PrEP et de prévention en santé sexuelle. Ils estimaient que l'éducation sexuelle à l'école était insuffisante et plusieurs d'entre eux souhaitaient s'investir dans la prévention en milieu scolaire et informer sur les moyens de protection : « *Je trouve qu'elle est mal faite à l'école, ça c'est sûr*. » (P3).

La médiatisation de la PrEP restait anecdotique pour les participants. Certains d'entre eux s'étaient investis dans la vulgarisation de la PrEP et reprochaient que l'information reste restreinte au milieu associatif et ne soit pas élargie aux grands médias. P2 suspectait que le manque d'intérêt des médias puisse être en lien avec le tabou de la sexualité voire de l'homophobie : « *j'ai été interviewé par un magazine, je sais plus, c'est pas Têtu mais un équivalent pour parler de la PrEP, mais ça reste du milieu associatif quoi. C'est pas, c'est pas de la grande presse quoi donc… […] c'est parce*

que c'est lié à la sexualité ou je sais pas, parce que c'est assimilé au milieu gay donc il y a encore l'homophobie qui traîne j'en sais rien. ».

P2 utilisait les réseaux sociaux comme moyen d'information et de conseils pour ses patients : « *Ouais MyPrEP [application, NDLR] et PrEP'dial [groupe Facebook®, NDLR], c'est le seul truc que je conseille* ».

Les MG exerçant en milieu rural constataient une inégalité d'accès entre le milieu urbain et rural. D'une part par la difficulté d'accès géographique aux CeGIDD : « *si t'as pas de voiture, si t'es isolé, si t'es dans la campagne machin [tu as] plus facilement accès à ton généraliste qu'à un CeGIDD* » (P2) et d'autre part par un accès à l'information différent : « *dans les milieux homosexuels des villes généralement ça fait le tour, mais dans certaines campagnes il y a pas le milieu homosexuel* » (P7).

Une meilleure adhérence du patient au suivi était constatée lorsque la demande de PrEP provenait du patient : « *quand on impose quelque chose à quelqu'un, il y a une difficulté obligatoirement puisque ça lui ça lui correspond pas forcément. Si le patient est demandeur, il va, il va adhérer* » (P7).

Il était rapporté une préférence initiale des patients pour le schéma discontinu du fait de sa flexibilité mais le schéma continu était souvent finalement retenu car plus simple d'utilisation. L'obligation du schéma continu pour les femmes était perçue comme pouvant être un motif de refus de la PrEP : « *Et puis bon la contrainte, avoir une PrEP qui est à prendre en continu obligatoirement chez la femme, c'est un c'est un souci je pense aussi, c'est il y en a qui pourraient être intéressées par des prises ponctuelles, mais la prise continue et les 7 jours avant un rapport c'est un frein quand même*. » (P9).

Conséquences de l'autorisation de primo-prescription

Les MG interrogés étaient enthousiastes suite à l'autorisation de primo-prescription de la PrEP pour tous médecins en juin 2021. Ils trouvaient légitime d'avoir accès à cette primo-prescription sans restriction et l'ont utilisée dès qu'ils ont en eu l'autorisation.

Les MG ont constaté une augmentation des sollicitations des patients pour des demandes d'initiation de PrEP : « *Bah de plus en plus de patients suivis en ville, ça c'est clair* » (P9).

Primo-prescrire puis suivre ces patients permettait de mieux les connaitre et d'aborder plus souvent la santé sexuelle en consultation : « *Et puis c'est quelque chose qu'on qu'on connait en plus quoi par rapport par rapport au patient. Donc mieux les connaître aussi. Par ce biais-là. Voilà et aborder la sexualité plus fréquemment, ce qui est pas forcément le cas en cabinet très très très souvent*. » (P8).

P4 vivait comme un soulagement cette possibilité de primo-prescription afin d'éviter un parcours vécu comme stigmatisant à ses patients et d'avoir la possibilité de laisser le choix au patient du suivi en ville ou en centre spécialisé : « *Que du bonheur ! Que du bonheur parce que justement, plus ce ressenti de devoir faire une ségrégation, […] d'une anormalité de devoir les envoyer au CeGIDD. Alors, que c'est eux qui sont normaux. C'est nous avec cette réponse-là qui ne sommes pas normaux*. ».

Les MG interrogés appréciaient de pouvoir varier leur activité avec un type de consultation différent : « *Bah c'est une pratique qui est différente de la médecine générale […] il y a un côté un peu plus fun, plus rigolo. La santé sexuelle aussi quoi, c'est des gens qui sont pas malades, qui ont aucun problème de santé.* » (P9).

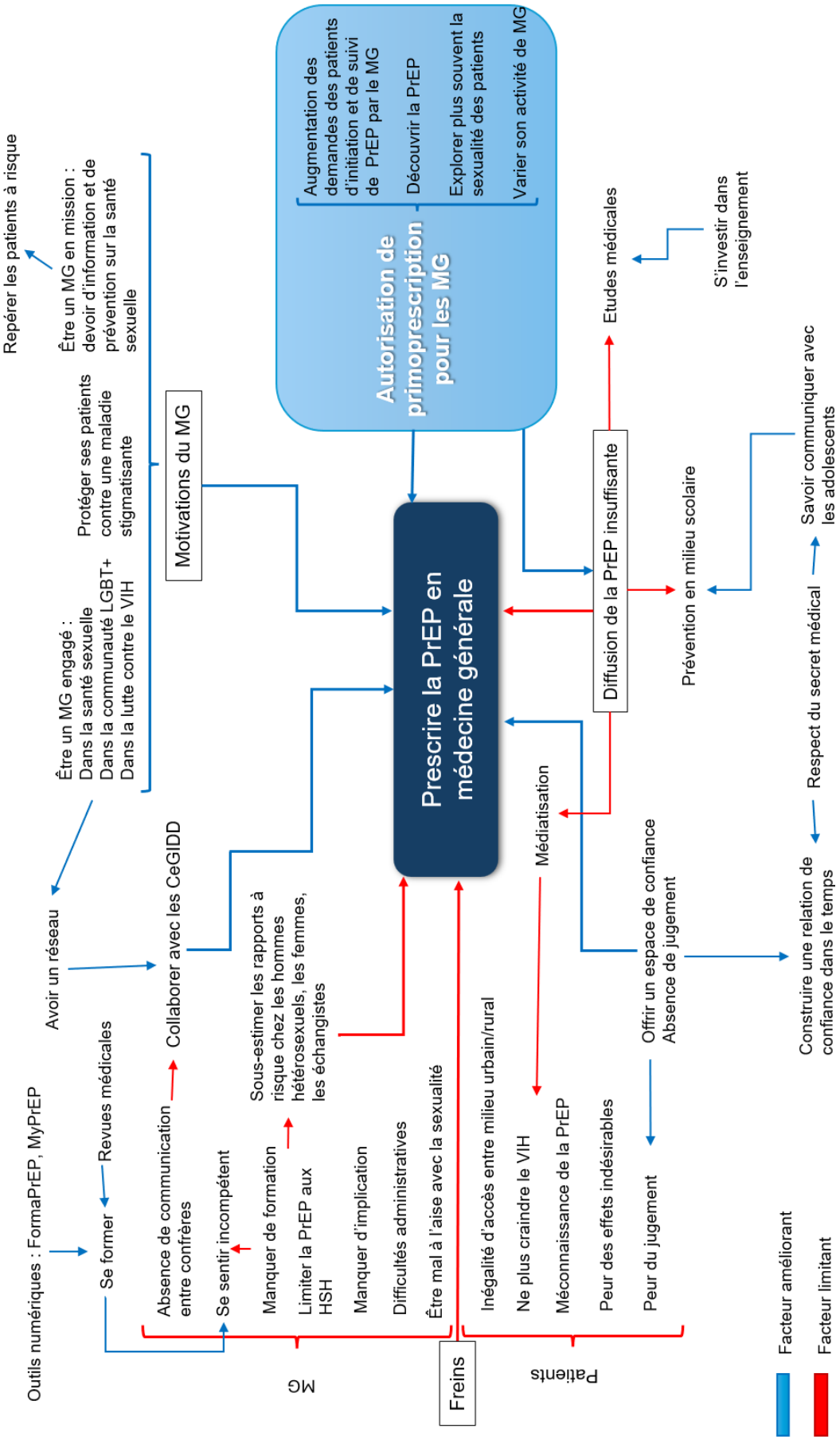
Des participants avaient découvert la PrEP au moment de l'autorisation, par la parution d'articles dans des revues médicales ou par des demandes spontanées de patient : « *je lui ai dit voilà que j'avais jamais été confronté à ça, que j'avais jamais prescrit pour d'autres patients* » (P8) et l'intégraient dorénavant dans leur pratique quotidienne.

Pour les MG déjà prescripteurs depuis plusieurs années, l'autorisation de primo-prescription n'avait pas modifié leurs pratiques en dehors de simplifications administratives : « *la seule chose qui a dû changer, c'est que on m'a moins embêté sur le plan administratif par les pharmacies* » (P6).

Ils étaient surpris par la méconnaissance de la PrEP de leurs confrères et estimaient que sans implication de leur part, la possibilité de primo-prescription ne changerait pas leurs pratiques : « *Mais je suis pas sûr que le l'ouverture de à la prescription en médecine générale ait changé beaucoup de choses auprès des médecins généralistes, parce que c'est s'ils s'impliquent pas, ils vont pas le faire.* » (P6).

D- Discussion

Proposition d'un modèle explicatif



Les MG étaient favorables à la possibilité de prescrire la PrEP et à son initiation. Ils exprimaient la volonté de protéger leurs patients d'une maladie contraignante et stigmatisante. Leur sensibilité était influencée par l'histoire personnelle et familiale, l'implication dans la communauté LGBT+ ou le parcours professionnel.
Pour eux, la prescription de la PrEP entre dans le cadre de la mission de prévention faisant partie des compétences du MG.

Les MG prescripteurs insistaient sur la nécessité d'être à l'aise avec la sexualité afin d'aborder ces sujets sans gêne et sans jugement tout en respectant l'intimité des patients et pour construire une alliance thérapeutique.
Leur disponibilité et proximité en tant que MG permettaient de faciliter l'accès à la PrEP sans distinction selon le lieu de vie des patients.

Les MG regrettaient que cet accès soit restreint par leur manque de formation à la santé sexuelle et plus particulièrement à la PrEP durant leurs études médicales. Ils devaient ainsi se former par leurs propres moyens.
Bien que déjà prescripteurs, ils constataient devoir lutter contre leurs propres préjugés en ne limitant plus la PrEP aux HSH.
La persistance de comportements déplacés de MG entrainait une souffrance et une perte de confiance des patients auprès des MG.

Les MG estimaient que la méconnaissance actuelle du VIH, notamment de la population jeune hétérosexuelle, conduisait à une sous-estimation des prises de risque et à un refus de prendre un médicament jugé inutile, renforcé par la peur des effets indésirables.

L’éducation sexuelle était jugée insuffisante à l’école, de même qu’ils constataient un manque de diffusion d’informations à ce sujet par les médias. Les MG souhaiteraient que l’Education nationale montre plus d’investissement dans la prévention en santé sexuelle.

Ils soulignaient la nécessité de travailler avec un réseau de soins et les CeGIDD. Ils appréciaient de pouvoir recourir à l’expertise des spécialistes et d’échanger avec eux afin d’améliorer la continuité des soins ville-hôpital.

Depuis l’autorisation de primo-prescription, ils étaient satisfaits de pouvoir laisser au patient le choix du suivi en CeGIDD, en médecine générale ou alterné afin d’éviter tout ressenti de stigmatisation.
Ils constataient depuis l’autorisation de juin 2021 une augmentation des sollicitations des patients qui poussaient les MG à s’intéresser et se former dans la santé sexuelle. Ainsi, ils cherchaient à intégrer de plus en plus la PrEP à leur pratique, passant de faibles connaissances sur le sujet à la volonté d’aborder la santé sexuelle systématiquement en consultation, de repérer au mieux les patients à risque et de proposer une prévention adaptée à leurs besoins.

Pour les plus anciens prescripteurs cette autorisation n’avait pas modifié leurs habitudes, la PrEP étant déjà intégrée à leurs pratiques. Ils en avaient toutefois apprécié les simplifications administratives.

Comparaison avec la littérature

En 2020, 36% des MG connaissaient la PrEP selon une étude quantitative sur les MG des Hauts de France (40).

Une thèse par étude quantitative menée en 2022 sur l'impact de l'autorisation de primo-prescription sur les MG des Bouches du Rhône montrait que plus de 50% des MG interrogés n'étaient pas informés de la possibilité de primo-prescription. 80.5% pensaient avoir des patients éligibles mais seulement 21% d'entre eux suivaient des patients sous PrEP (41).

En 2023, une thèse quantitative constatait que 69% des MG interrogés avaient connaissance de l'autorisation de primo-prescription de la PrEP quel que soit leur âge ou leur milieu d'exercice. 30% d'entre eux l'avait déjà prescrite et 12% primo-prescrite (42). Il était constaté que ceux ayant connaissance de l'autorisation prescrivaient plus facilement la PrEP, ce qui est cohérent avec les résultats de notre étude.

L'élargissement de la primo-prescription chez les MG était un moteur d'investissement dans la PrEP retrouvé chez 31% des MG interrogés dans la thèse quantitative de 2022 de Mr Davin M. (41).

Les patients sont favorables au suivi par un MG à condition d'être bien accompagnés et de ne pas se sentir jugés (43).

Dans l'étude HomoGen publiée en 2018, l'information sur l'orientation sexuelle des patients était difficilement donnée par crainte d'un jugement négatif ou car le sujet n'avait jamais été évoqué. Lorsqu'elle était connue, l'information avait été donnée à l'initiative du patient dans 90% des cas (44).

Selon une étude publiée en 2013 les patients étaient plus à l'aise pour parler de leur sexualité s'ils savaient que leur médecin montrait une capacité d'écoute, un intérêt ou avait des compétences dans la santé sexuelle (45).
Cela souligne la nécessité pour le MG d'initier le dialogue sur la santé sexuelle afin que le patient se sente en confiance pour aborder le sujet ultérieurement.

Dans l'étude quantitative du Dr Chiarabini, le fait de ne pas connaitre l'orientation sexuelle du patient et le fait de ne pas considérer sa patientèle comme à risque étaient des freins à la prescription de la PrEP en médecine générale (39). Ces résultats sont cohérents avec notre étude, où la difficulté à identifier les patients à risques non HSH était soulevée.
La méconnaissance du VIH dans la population générale, associée à l'absence de crainte et à la sous-estimation des prises de risque dans la population était retrouvée dans la littérature (46) et notamment chez les femmes (47).

Comme dans notre étude, les MG souhaitent s'investir dans leur rôle d'information et de prévention en santé sexuelle et apprécient d'être accompagnés par un réseau de spécialistes en cas de difficultés (48).

Forces et limites de l'étude

Il s'agit d'une étude originale. Il existe peu d'études s'intéressant à l'impact de l'autorisation de primo-prescription sur les pratiques des MG et aucune étude qualitative s'intéressant exclusivement à l'expérience des MG prescripteurs n'a été retrouvée.

Le choix d'une étude qualitative était le plus adapté afin de recueillir le ressenti des MG interrogés.

La réalisation de l'ensemble des entretiens en présentiel a permis de prendre en compte le langage non verbal des participants. Ils ont été réalisés puis retranscrits par une seule chercheuse, assurant ainsi une fidélité des propos des participants.

La population était homogène mais présentait une certaine diversité avec une parité homme/femme respectée, des âges variés et des milieux d'exercice différents.

L'assurance de la confidentialité des entretiens a favorisé des échanges authentiques.

Le guide d'entretien a été réévalué au cours des entretiens et enrichi.

La triangulation des données a été réalisée sur la totalité des entretiens afin de limiter l'interprétation personnelle, c'était le premier travail de recherche pour les deux chercheuses.

La qualité des entretiens a pu être impactée par l'inexpérience de la chercheuse à mener des entretiens semi-dirigés. Le 1er entretien a souffert d'un manque de relance avec en conséquence un manque d'exploitation de l'expérience du participant. Cela a été corrigé pour les entretiens suivants qui ont atteint une durée satisfaisante et où les participants ont pu exprimer toutes leurs idées.

Les entretiens ont pu être interrompus par des éléments extérieurs. La répétition des questions et les relances permettaient d'éviter la perte de données.

Le nombre de MG interrogés a été limité par l'absence de réponse après contact, par le manque de temps à consacrer à un entretien ou par le fait de ne pas être prescripteur de PrEP.

Perspectives

Les résultats de cette étude suggèrent que l'élargissement de l'autorisation de primo-prescription de 2021 favorise l'accès à la PrEP pour les patients qui peuvent désormais solliciter leurs MG dès l'initiation et réaliser l'ensemble du suivi de leur santé sexuelle. Les MG s'investissent ainsi de plus de plus dans la prévention en santé sexuelle. Mais certains rencontrent des difficultés à identifier les patients à risque et à être à l'initiative de la discussion sur la sexualité. Ils font face également à des difficultés pour sensibiliser des populations qui ne se sentent pas concernées par le VIH et minimisent leurs prises de risque.

Pour faciliter le dialogue sur la sexualité une participante cherchait à intégrer une phrase d'approche dans son interrogatoire lors de l'accueil de nouveaux patients. En pratique, mettre en place de façon systématique une question sur la sexualité lors de la prise des antécédents pourrait permettre de faire connaitre au patient son intérêt pour le sujet.

La méconnaissance du VIH et de ses moyens de prévention était une problématique soulevée dans notre étude, en particulier chez la population jeune hétérosexuelle.
Un rapport de l'Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique (Arcom) de mars 2024 (49) constatait que 47% des Français s'informait quotidiennement sur les réseaux sociaux. C'était le mode d'information exclusif pour 18% d'entre eux, principalement représentés par les 15-44 ans.
Informer les patients par ce mode de communication pourrait être pertinent, à condition de leur permettre un accès à des sources de qualité.

La télévision reste le moyen d'information privilégié par 80% des Français. En 2023 à l'occasion de la semaine nationale de la santé sexuelle, Santé Publique France a diffusé une campagne nationale de sensibilisation sur différentes thématiques de la santé sexuelle et notamment sur la PrEP (50, 51). La mise en place plus fréquente de ce type de campagne de sensibilisation permettrait de toucher une large population. Elle pourrait être renforcée par la participation des MG avec distribution de brochures sur la PrEP et la mise en place d'affiches en salle d'attente.

D'autre part, des MG exprimaient leur souhait d'améliorer l'éducation sur la sexualité à l'école. En 2018, une circulaire du Bulletin officiel de l'éducation nationale vise à promouvoir l'éducation à la sexualité à travers 3 séances annuelles dédiées de contenu adapté à l'âge des enfants (52). La même année, un service sanitaire pour les étudiants en santé est mis en place et piloté par les Agences régionales de santé (ARS) et les recteurs d'académie (53). Il vise à initier les étudiants à la prévention et à leur faire promouvoir la santé sur des thèmes prioritaires de santé publique. Les étudiants interviennent ainsi dans différentes structures dont des écoles.
Cette mesure pourrait être renforcée par l'intervention de médecins formés en santé sexuelle et en communication avec les enfants et adolescents.

Il serait souhaitable d'améliorer l'accès à l'information pour les médecins par l'abord de la prévention en santé sexuelle et notamment de la PrEP durant les études médicales. La formation pourrait être approfondie par des cours magistraux, des formations complémentaires (DU santé sexuelle, formation médicale continue (FMC)…) ou des sites spécialisés. Ainsi, le site FormaPrEP (54), complété depuis le 5 juin 2024 par le site FormaSantéSexuelle (55) sont deux plateformes en ligne

proposant une formation gratuite sur la PrEP et la santé sexuelle à tous les professionnels de santé.

Les MG étaient en demande de davantage d'échanges avec les spécialistes (en CeGIDD ou service hospitalier de maladies infectieuses). Ces échanges pourraient être favorisés à travers l'organisation de réunions territoriales ville-hôpital et pourraient être l'occasion d'informer les MG de la présence d'une structure référente selon leurs secteurs notamment par l'intermédiaire du COREVIH.

Il serait intéressant d'étudier lors de travaux ultérieurs l'impact de ces mesures sur les connaissances des MG de la PrEP et leur capacité à identifier les patients à risque, et si cela impacte le nombre de MG primo-prescrivant la PrEP.
Il pourrait être intéressant de mesurer la portée de la prévention en santé sexuelle à l'école sur la facilité à aborder la sexualité avec le MG chez les adolescents.

E- Conclusion

Cette étude a permis d'évaluer l'impact de l'autorisation de primo-prescription de la PrEP sur les habitudes des MG prescripteurs. Les travaux précédents sur le sujet montraient une volonté de s'investir des MG dans la santé sexuelle et la PrEP. Mais ils rencontraient des obstacles à sa mise en place en pratique devant des difficultés à aborder la sexualité, un manque de formation, une méconnaissance du sujet tant des médecins que des patients.

Notre étude suggère que l'ouverture de la primo-prescription à tous a non seulement permis d'améliorer l'accès à la PrEP pour les patients, mais a également conduit les MG à s'intéresser et s'investir dans la santé sexuelle. Cela les a amenés à s'informer et s'auto-former sur la PrEP par le biais d'articles, de sites spécialisés ou encore devant l'augmentation de leur sollicitation par les patients. Primo-prescrire n'est envisageable que dans le cadre d'une relation médecin-patient de qualité permettant de faciliter les échanges sur la sexualité en évitant tout ressenti de jugement au patient. Les MG prescripteurs doivent toutefois poursuivre leurs efforts de formation et notamment lutter contre leurs propres préjugés sur les patients à risque. L'augmentation de la diffusion de la PrEP permettrait de lutter contre les *a priori* des patients.

Primo-prescrire ne signifie pas pour autant être isolé dans la prise en charge du patient. Conserver la possibilité d'échanger avec les spécialistes dans le cadre d'un réseau ville-hôpital est essentiel pour les MG.

III. Références bibliographiques

1. ONUSIDA. Fiche d'information — Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida [Internet] 2024. [cité 3 sept 2024]. Disponible sur: https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet

2. ONUSIDA. 2011 - Déclaration politique sur le VIH/sida [Internet]. 2011 [cité 3 sept 2024]. Disponible sur: https://www.unaids.org/fr/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2011highlevelmeetingonaids

3. ONUSIDA. 90-90-90: traitement pour tous [Internet]. 2014 [cité 3 sept 2024]. Disponible sur: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf

4. ONUSIDA. Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021- 2026 [Internet]. [cité 3 sept 2024]. Disponible sur: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_fr.pdf

5. European Centre for Disease Prevention and Control. Progress towards reaching the Sustainable Development Goals related to HIV in the European Union and European Economic Area: monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia : 2023 progress report. [Internet]. LU: Publications Office; 2024 [cité 3 sept 2024]. Disponible sur: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-evidence-brief-progress-towards-sustainable%20development-goals-2023_03.pdf

6. Santé Publique France. Bulletin de santé publique VIH-IST. Novembre 2023. [Internet]. 28 novembre 2023 [cité 3 sept 2024]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2023

7. Santé Publique France. Bulletin de santé publique VIH et IST en Hauts-de-France. Novembre 2022. [Internet]. 30 novembre 2022 [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2022/bulletin-de-sante-publique-vih-et-ist-en-hauts-de-france.-novembre-2022

8. Améli. Dépister le VIH [Internet]. 5 septembre 2024 [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/vih/depistage

9. Améli. Contraception : de nouvelles marques de préservatifs prises en charge par l'Assurance Maladie [Internet]. 4 avril 2024 [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/actualites/contraception-de-nouvelles-marques-de-preservatifs-prises-en-charge-par-l-assurance-maladie

10. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues – Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet].2 août 2024 [cité 3 sept 2024]. Disponible sur:

https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues

11. Tout savoir sur la sexualité | QuestionSexualité. Le TPE : le traitement d'urgence après une exposition au VIH [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: https://questionsexualite.fr/s-informer-sur-les-infections-et-les-maladies/les-moyens-de-protection/que-faire-en-cas-d-urgence-apres-une-exposition-au-vih#section-0

12. 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. 12 juill 2016;316(2):171-81. DOI : 10.1001/jama.2016.5148

13. 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. The Lancet. 15 juin 2019;393(10189):2428-38. DOI : 10.1016/S0140-6736(19)30418-0

14. Grant RM, Lama JR, Anderson PL et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. N Engl J Med. 30 déc 2010;363(27):2587-99. DOI :10.1056/NEJMoa1011205

15. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA et al. Antiretroviral Preexposure Prophylaxis for Heterosexual HIV Transmission in Botswana. N Engl J Med. 2 août 2012;367(5):423-34. DOI : 10.1056/NEJMoa1110711

16. Baeten JM, Donnell D, Ndase P et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. N Engl J Med. 2 août 2012;367(5):399-410. DOI : 10.1056/NEJMoa1108524

17. Molina JM, Capitant C, Spire B, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection - Etude IPERGAY. N Engl J Med. 3 déc 2015;373(23):2237-46. DOI : 10.1056/NEJMoa1506273

18. 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 Lond Engl. 2 janv 2016;387(10013):53-60. DOI : 10.1016/S0140-6736(15)00056-2

19. Molina JM, Charreau I, Spire B et al. Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. Lancet HIV. sept 2017;4(9):e402-10. DOI : 10.1016/S2352-3018(17)30089-9

20. Molina JM, Ghosn J, Assoumou L et al. Daily and on-demand HIV pre-exposure prophylaxis with emtricitabine and tenofovir disoproxil (ANRS PREVENIR): a prospective observational cohort study. Lancet HIV. août 2022;9(8):e554-62. DOI : 10.1016/S2352-3018(22)00133-3

21. Jourdain H, De Gage SB, Desplas D, Dray-Spira R. Real-world effectiveness of pre-exposure prophylaxis in men at high risk of HIV infection in France: a nested case-control study. Lancet Public Health. juin 2022;7(6):e529-36. DOI : 10.1016/S2468-2667(22)00106-2

22. Haute Autorité de Santé. Décision n° 2015.0279/DC/SEM du 9 décembre 2015 du collège de la Haute Autorité de Santé adoptant la recommandation relative à la prise en charge à titre dérogatoire de TRUVADA (Emcitrabine / fumarate de ténofovir disoproxil) dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation - RTU ABROGEE 28/02/2017 [Internet].15 décembre 2015 [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582227/fr/decision-n-2015-0279/dc/sem-du-9-decembre-2015-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-adoptant-la-recommandation-relative-a-la-prise-en-charge-a-titre-derogatoire-de-truvada-emcitrabine-/-fumarate-de-tenofovir-disoproxil-dans-le-cadre-d-une-recommandation-temporaire-d-utilisation-rtu-abrogee-28/02/2017

23. Haute Autorité de Santé. VIH : la PrEP, un outil pour réduire la transmission du virus mais qui ne remplace pas le préservatif. [Internet]. 24 mars 2017 [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2752830/fr/vih-la-prep-un-outil-pour-reduire-la-transmission-du-virus-mais-qui-ne-remplace-pas-le-preservatif

24. Haute Autorité de Santé. La HAS favorable à la prescription de la PrEP en ville pendant l'urgence sanitaire [Internet].28 avril 2021 [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3263807/fr/la-has-favorable-a-la-prescription-de-la-prep-en-ville-pendant-l-urgence-sanitaire

25. Haute Autorité de Santé. Traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH [Internet]. août 2024. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-08//traitement_preventif_pre-exposition_de_linfection_par_le_vih_-_recommandations_2024-08-06_11-05-11_185.pdf

26. World Health Organization (WHO). Santé sexuelle [Internet]. 2002 [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health

27. Landovitz RJ, Donnell D, Clement ME et al. Cabotegravir for HIV Prevention in Cisgender Men and Transgender Women. N Engl J Med. 12 août 2021;385(7):595-608. DOI : 10.1056/NEJMoa2101016

28. 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. The Lancet. 7 mai 2022;399(10337):1779-89. DOI : 10.1016/S0140-6736(22)00538-4

29. Liegeon G, Ghosn J. Long-acting injectable cabotegravir for PrEP : A game-changer in HIV prevention ? HIV Med. Juin 2023 ;24(6) :653-63. DOI : 10.1111/hiv.13451

30. Coelho LE, Torres TS, Veloso VG, Landovitz RJ, Grinsztejn B. Pre-exposure prophylaxis 2.0: new drugs and technologies in the pipeline. Lancet HIV. nov 2019;6(11):e788-99. DOI : 10.1016/S2352-3018(19)30238-3

31. Molina JM, Charreau I, Chidiac C et al. Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy of the ANRS IPERGAY trial. Lancet Infect Dis. mars 2018;18(3):308-17. DOI : 10.1016/S1473-3099(17)30725-9

32. Luetkemeyer AF, Donnell D, Dombrowski JC et al. Postexposure Doxycycline to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections. N Engl J Med. 6 avr 2023;388(14):1296-306. DOI : 10.1056/NEJMoa2211934

33. 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 2 × 2 factorial design. Lancet Infect Dis. 23 mai 2024;S1473-3099(24)00236-6. DOI : 10.1016/S1473-3099(24)00236-6

34. Kamadjou A, Decock A, Huleux T et al. Impact of the COVID-19 pandemic on sexual behaviour and welfare of HIV preexposure prophylaxis users: a mixed-method study. AIDS Care. mars 2024;36(3):343-50. DOI : 10.1080/09540121.2023.2206100

35. Vanhamel J, Reyniers T, Wouters E et al. How Do Family Physicians Perceive Their Role in Providing Pre-exposure Prophylaxis for HIV Prevention?-An Online Qualitative Study in Flanders, Belgium. Front Med. 2022;9:828695. DOI : 10.3389/fmed.2022.828695

36. 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. févr 2023;24(2):191-201. DOI : 10.1111/hiv.13367

37. 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. Infect Dis Now. 1 août 2021;51(5, Supplement):S130. DOI : 10.1016/j.idnow.2021.06.288

38. 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) [Internet] novembre 2023. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: https://www.epi-phare.fr/app/uploads/2023/11/epi-phare_rapport_prep_20231129.pdf

39. Chiarabini T, Lacombe K, Valin N. Prophylaxie préexposition au VIH (PreP) en médecine générale : existe-t-il des freins ? Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr. 2021;33(1):101-12. DOI : 10.3917/spub.211.0101

40. 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. avr 2023;53(3):104649. DOI : 10.1016/j.idnow.2023.104649

41. Davin M. La primo prescription de la prophylaxie pré exposition a-t-elle eu un impact sur les pratiques et perceptions des médecins généralistes et internes en médecine générale dans le département des bouches du Rhône depuis sa mise en place au 1er juin 2021 [thèse en ligne]. [Marseille]: Aix Marseille Université ; 2021; 95p. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03831029

42. Dargaud J. Étude des freins à la prescription initiale de la prophylaxie pré-exposition au VIH depuis l'autorisation de primo-prescription par les médecins généralistes en Alsace : une étude quantitative auprès des médecins généralistes et des patients. [thèse en ligne]. [Strasbourg]: Université de Strasbourg ; 2023; 126p. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2023/2023_DARGAUD_Julie.pdf

43. Marot S, Jouhet C, Magot L, Drahi É. La place du médecin généraliste dans la gestion de la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP). Étude qualitative auprès des patients sous PrEP de Béarn et Soule. Médecine. 1 juin 2022;18(6):266-72. DOI : 10.1684/med.2022.783

44. 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 soin (étude HomoGen). Bull Epidémio Hebd 2019 ; (12) : 204-10. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/12/2019_12_2.html

45. Baker JR, Arnold-Reed DE, Brett T, Hince DA, O'Ferrall 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

46. Bavinton BR, Grulich AE. HIV pre-exposure prophylaxis: scaling up for impact now and in the future. Lancet Public Health. 1 juill 2021;6(7):e528-33. DOI : 10.1016/S2468-2667(21)00112-2

47. Fitzgerald N, Coltart H, Dominguez L, Flanagan K, Gilleece Y. PrEP for women in Europe: a systematic literature review. HIV Med. juill 2023;24(7):765-76. DOI : 10.1111/hiv.13458

48. 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 en ligne]. [Lille] : Université de Lille ; 2023. 62 p. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM458.pdf

49. Arcom. Les-Français-et-information - Rapport détaillé - Direction des Etudes, de l'Economie et de la Prospective [Internet]. mars 2024 [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: https://www.arcom.fr/sites/default/files/2024-03/Arcom-etude-Les-Francais-et-information.pdf

50. Tout savoir sur la sexualité | QuestionSexualité [Internet]. [cité 6 sept 2024]. Disponible sur: https://questionsexualite.fr/

51. Santé Publique France. Être bien informé pour préserver sa santé sexuelle, un enjeu de santé publique [Internet]. mai 2023 [cité 6 sept 2024]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/etre-bien-informe-pour-preserver-sa-sante-sexuelle-un-enjeu-de-sante-publique

52. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. Bulletin officiel n°33 du 13 septembre 2018 - Enseignements primaire et secondaire [Internet]. 2018 [cité 6 sept 2024]. Disponible sur: https://www.education.gouv.fr/bo/18/Hebdo33/MENE1824340C.htm

53. Agence régionale de santé | Agir pour la santé de tous. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. 2023 [cité 6 sept 2024]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante

54. FormaPrEP - Plateforme d'apprentissage en ligne FormaPrEP [Internet]. [cité 30 juillet 2024]. Disponible sur: https://www.formaprep.org/

55. FormaSantéSexuelle - Plateforme d'apprentissage en ligne [Internet]. [cité 6 sept 2024]. Disponible sur: https://www.formasantesexuelle.fr/

IV. Annexes

Annexe 1 : Guides d'entretien

Guide d'entretien initial :

Question 1 : Parlez-moi un peu de vous

Relance : parcours professionnel, installation en cabinet, type de patientèle, lieu d'exercice, formation complémentaire

Plus précisément, mon travail porte sur la PrEP (prophylaxie pré exposition au VIH) et sa prescription par les médecins généralistes, notamment depuis l'autorisation de primo-prescription par tous depuis juin 2021.

Question 2 : Racontez-moi ce qui vous a amené à prescrire la PrEP. Depuis quand prescrivez-vous la PrEP ?

Question complémentaire : connaissez-vous les sites FormaPrEP, VIHclic, l'application MyPrEP ?

Question 3 : Comment se déroule une consultation type d'initiation de la PrEP ?

Racontez-moi votre première prescription.

Question 4 : Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer lors de vos prescriptions ? Quels éléments ont facilité vos prescriptions ?

Question 5 : Depuis la primo-prescription, est ce que vous avez pu identifier au sein de votre patientèle des patients à qui proposer la PrEP ?

Question 6 : Quelle est votre relation avec l'hôpital/les CeGIDD ?

Question 7 : Quels avantages et quels freins à la primo-prescription de la PrEP par tous ?

Question 8 : Quels changements avez-vous pu constater depuis l'ouverture à tous les médecins de la primo-prescription ?

Relance : Avez-vous constaté des avantages dans le suivi de vos patients ? Des

changements dans la relation médecin-patient ? dans leurs comportements ? autres constatations ?

Question 9 : Données générales : âge, mode, lieu d'exercice

+ je vais demander des données plus personnelles, vous pouvez ne pas répondre à tout ou partie de ces questions mais je vous rappelle que ces données sont traitées de manière anonymes et restent confidentielles : genre, orientation sexuelle, sensibilité particulière à la communauté LGBT ?

Depuis combien de temps prescrivez-vous la PrEP ?

Question 10 : Avez-vous d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter ?

Encore merci pour votre participation !

Guide d'entretien modifié : à partir de l'entretien n°5

Modifications à la partir de la question 6 :

Question 6 : Quelle est votre relation avec l'hôpital/les CEGGID ?

Pouvez-vous les percevoir comme quelque chose de stigmatisant vis-à-vis du patient ?

Question 7 : Quels avantages et quels freins à la primo-prescription de la PrEP par tous ?

Question 8 : Quels changements avez-vous pu constater depuis l'ouverture à tous les médecins de la primo-prescription ?

Avez-vous eu des retours des patients, positifs ou négatifs ? Avez-vous eu des retours des professionnels de santé, positifs ou négatifs ?

Question 9 : Données générales : âge, mode, lieu d'exercice, structure individuelle ou MSP ?

Je vais demander des données plus personnelles, vous pouvez ne pas répondre à tout ou partie de ces questions mais je vous rappelle que ces données sont traitées de manière anonymes et restent confidentielles : genre, orientation sexuelle, sensibilité particulière à la communauté LGBT ?

Depuis combien de temps prescrivez-vous la PrEP ?

Question 10 : Avez-vous d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter ?

Annexe 2 : Lettre d’information aux participants

Bonjour, je suis Rossat Valentine étudiante en médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur les habitudes de prescription de la PrEP (Prophylaxie pré exposition au VIH) par les médecins généralistes.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l’évolution des habitudes des médecins généralistes depuis l’autorisation de primo-prescription de la PrEP en 2021. Je réalise ce travail sous la direction du Dr Willems Ludovic.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l’étude. Pour y répondre, vous devez être un médecin généraliste thésé exerçant dans le Nord et ayant déjà prescrit la PrEP.

Votre participation à l’étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d’accès, rectifications, effacement et d’opposition sur les données vous concernant.

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.

Cette étude fait l’objet d’une déclaration portant le numéro 2024-082 au registre des traitements des données de l’Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr.

Sans réponse de leur part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : valentine.rossat.etu@univ-lille.fr.

Annexe 3 : Formulaire de consentement

J’ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé visant à recueillir mon avis concernant mes habitudes de prescription de la Prophylaxie Pré-Exposition au VIH (PrEP) en tant que médecin généraliste thésé exerçant dans le Nord.

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 non rémunéré 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) que cette étude fait l’objet d’une déclaration numéro 2024-082 auprès du registre des traitements des données de l’Université de Lille.

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.

Nom :

Lieu et date :

Signature :

Annexe 4 : Attestation de déclaration au délégué à la protection des données

Université de Lille

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 : Prophylaxie Pré-Exposition au VIH (PrEP) : évolution des habitudes des médecins généralistes prescripteurs depuis l'autorisation de primo prescription (étude qualitative)
Référence Registre DPO : 2024-082
Responsable scientifique : M. Ludovic WILLEMS **Interlocuteur (s) :** Mme Valentine ROSSAT

Fait à Lille,

Le 2 mai 2024

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 5 : Entretiens

Tous les entretiens retranscrits sont accessibles :

- Via le lien ci-dessous :

https://drive.google.com/drive/folders/1Lm7TkwuK3dgJbTRxucdHHA96kcJHPI-K?usp=drive_link

- Via ce QR-code :

AUTEURE : Nom : ROSSAT **Prénom :** Valentine

Date de soutenance : 8 octobre 2024

Titre de la thèse : Prophylaxie Pré-Exposition au VIH (PrEP) : évolution des habitudes des médecins généralistes prescripteurs du département du Nord depuis l'autorisation de primo-prescription (étude qualitative)

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : médecine générale, prévention primaire, prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP), VIH, primo-prescription

Résumé :

Introduction : Environ 200 000 personnes en France vivraient avec le VIH et les découvertes de séropositivité se poursuivent. La prophylaxie pré exposition au VIH (PrEP) fait désormais partie des moyens de lutte contre le VIH. Le 1er juin 2021, sa primo-prescription devient accessible aux médecins généralistes. Ils se montrent volontaires pour être acteur de prévention en santé sexuelle mais rencontrent des difficultés à sa mise en œuvre. L'objectif de ce travail était d'étudier l'évolution des habitudes des médecins généralistes prescripteurs de PrEP du département du Nord depuis l'autorisation de primo-prescription.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès des médecins généralistes du département du Nord prescripteurs de PrEP.

Résultats : Les médecins généralistes souhaitaient s'impliquer dans la prévention en santé sexuelle. Ils pouvaient être influencés par leur histoire personnelle, leur implication dans la communauté LGBT+ ou leur parcours professionnel. Prescrire la PrEP rentrait dans le cadre de leur mission de prévention. Ils insistaient sur la nécessité de construire une relation de confiance avec leurs patients. L'autorisation de primo-prescription a facilité l'accès à la PrEP grâce à une meilleure accessibilité des médecins généralistes. Elle a permis de laisser le choix au patient de son lieu de suivi et a poussé les médecins généralistes à se former sur la PrEP et intégrer la prévention en santé sexuelle dans leurs pratiques. Ils regrettaient cependant le manque de formation durant leurs études, l'attitude de certains confrères, le manque d'éducation sexuelle entrainant une méconnaissance du VIH en particulier chez les jeunes hétérosexuels. Les médecins généralistes appréciaient de collaborer avec les CeGIDD pour leur expertise et la mise en place d'un relais hôpital-ville.

Conclusion : L'ouverture de la primo-prescription aux médecins généralistes a permis de faciliter l'accès à la PrEP pour les patients et a également conduit les médecins généralistes à s'informer et s'impliquer davantage dans la prévention en santé sexuelle. Le manque de formation, la persistance de jugements de certains médecins généralistes, la difficulté à identifier la patientèle à risque et la méconnaissance des patients sur le VIH restent des freins à la primo-prescription de la PrEP par le médecin généraliste. Il est donc nécessaire de poursuivre sa diffusion auprès des médecins comme des patients.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier ROBINEAU
Assesseure : Madame la Docteure Agnès MEYBECK
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS