

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1094
2019 TOU3 1095

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Pauline DAIRE et Pauline JUNQUERO

le 26 septembre 2019

**COMMENT LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE MIDI-PYRÉNÉES
PERÇOIVENT-ILS ET ENVISAGENT-ILS
LA PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION AU VIH ?**

Directeurs de thèse : Pr Pierre BOYER et Dr Anne FREYENS

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	Président
Monsieur le Professeur Guillaume MARTIN-BLONDEL	Assesseur
Monsieur le Professeur Patrice MASSIP	Assesseur
Monsieur le Professeur Pierre BOYER	Assesseur
Madame la Docteure Anne FREYENS	Assesseure

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÔWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	P.U. Médecine générale	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

À Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ, vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Nous vous remercions pour votre bienveillance et votre implication dans notre parcours d'internes en médecine générale.

À Monsieur le Professeur Guillaume MARTIN-BLONDEL, nous vous exprimons nos plus sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à notre sujet, et pour l'honneur que vous nous faites de juger notre thèse.

À Monsieur le Professeur MASSIP, vous avez accepté de juger ce travail de thèse et nous vous en sommes très reconnaissantes. Merci de votre disponibilité auprès des étudiants et de votre investissement pour transmettre vos connaissances dès nos débuts dans la médecine.

À nos directeurs de thèse,

Merci de l'enthousiasme avec lequel vous avez accueilli notre travail. Merci pour votre attention, votre patience et pour les conseils que vous nous avez prodigués tout au long de ce chemin.

Anne, nous te remercions pour ta bienveillance et ton accompagnement dans l'apprentissage de cette méthodologie qualitative. Nous te sommes également reconnaissantes pour ce que tu apportes dans la formation des étudiants en médecine générale, et tout ce que tu m'as transmis en stage et en dehors.

Pierre, nous te remercions d'avoir cru en ce projet, de nous avoir encouragées à le réaliser et de nous avoir guidées pour y parvenir.

Nous espérons que ce travail sera à la hauteur de votre confiance et nous exprimons notre sincère reconnaissance et notre respect le plus profond.

REMERCIEMENTS AUX EXPERTS ET PARTICIPANTS

À Monsieur le Professeur Pierre DELOBEL,

À Monsieur le Docteur Romain PALICH,

À Monsieur Jean-Yves LE TALEC,

Nous vous remercions pour les regards que vous avez eu sur nos résultats, qui ont enrichi notre travail et éclairé nos réflexions.

Aux médecins généralistes ayant accepté de participer à ce travail de recherche,

Nous vous adressons à nouveau nos remerciements pour le temps que vous nous avez consacré. Quelque part, ce travail est aussi un peu le vôtre.

À If, Sophie,

Merci pour ton joli coup de crayon.

REMERCIEMENTS PERSONNELS de Pauline JUNQUERO

À mes parents,

Les mots ne suffisent pas pour décrire ce que je ressens, d'autant plus que je n'ai pas les talents d'écriture de ma sœur. Je vous remercie de la vie que vous m'avez donnée et que vous enrichissez par vos conseils, votre présence et votre amour.

Je vous aime.

À ma sœur,

Mon If, merci pour ton soutien sans faille. Je suis fière d'avoir grandi à tes côtés et de voir que tu t'épanouis désormais pleinement dans ta vie allemande. Ton humour, ta passion pour le cinéma et la littérature, ta culture et ta générosité sont une inspiration pour moi, même si j'ai encore beaucoup à apprendre !

Je t'aime.

À Mamie Sylvette et Papi balais,

Merci pour votre accompagnement et votre soutien tout au long de ces études, pour les nombreux souvenirs de vacances ensemble, et pour les oreillettes (dommage qu'on n'en fasse qu'une fois dans l'année) ! Je vous aime.

À Mamie Nadine et Tonton Patrick,

Merci pour votre soutien, et pour tous les souvenirs que nous avons avec Papi des vacances passées ensemble. Je regrette de ne pas pouvoir venir plus souvent pour déguster une fondue savoyarde ou un diplomate ! Je vous aime.

À Mémé Gaby,

Merci pour ton sourire, ta générosité et ton soutien. Ça y est, je pourrai vraiment mériter l'appellation « mon petit Docteur » ! Merci pour nos parties de belote entre deux sauces de pasta et un clafouti ! Je t'aime.

À Papi Pierre et Mémé Olga,

Je pense beaucoup à vous. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis. Je ne vous oublierai jamais.

À Tonton Christian et Pina,

Merci pour les bons moments passés ensemble, les débriefs rugby et les balades à Paris.
Merci d'être présents aujourd'hui.

À ma Marraine,

Merci pour ta présence en ce moment important, pour tes encouragements et tes attentions.

À ma « belle famille »,

Arnaud, Mado, Pierre, Bon Papa et tous les cousins, cousines, oncles et tantes,
L'union de votre famille est remarquable et je vous remercie de l'accueil que vous m'avez fait.

À mes amis d'enfance,

Chachou, malgré la distance, notre amitié est toujours aussi forte. Je vous souhaite le meilleur avec Antoine, à La Réunion ou ailleurs !

Fabi, quelle belle famille vous formez avec Gaël et Timéo. Merci d'être là et de m'avoir quelques fois laissé vos bras pour m'entraîner à piquer ! À nos futures randonnées, fêtes de village, et apéros au V&B pour planifier un voyage au bout du monde !

Sophie, pour ta joie de vivre et ton grain de folie ! Malgré la distance, c'est avec plaisir que l'on se retrouve à chaque fois.

Emma, je vous souhaite beaucoup de bonheur avec Julien. Je suis ravie de partager ce moment avec vous et j'ai hâte de planifier notre prochain défi sportif !

Flo, merci pour ta bonne humeur, tes talents de danseur et de joueur de coinche ! Je vous souhaite le meilleur dans l'aventure qui vous attend avec Annabelle ! Ça risque de nous donner des idées ...

À Serena, Breanna et Kristina,

À cette année américaine qui m'a décidé à m'orienter vers la médecine,
Merci pour votre générosité et de m'avoir considérée comme un membre de votre famille pendant quelques mois ! J'espère avoir l'occasion de revenir vous voir.

À Luiza, Maren et Hanna,

J'espère avoir le plaisir de vous revoir prochainement, reste à savoir dans quel pays !

À mes amis de fac,

Cécile et Chrystel, mes souvenirs de P1 sont avec vous, du bizutage aux cours en amphi, en passant par les colles du tutorat et les repas au RU, jusqu'au concours... Merci d'avoir été là. Je vous souhaite le meilleur dans vos vies.

Dam, une des plus belles rencontres. Du premier jour de P2 jusqu'au concours de l'internat, on ne s'est plus quittées. À notre binôme de Ronéo, aux soirées tarot, aux révisions entrecoupées de nombreuses pauses Blokus, à nos vacances au Portugal, aux smoothies du Flowers, à nos après-midi Toulouse-Plage, aux steaks frites du dimanche midi chez Claudus et Fabienne, à nos week-ends à Castres, à ton sourire... Merci pour cette belle amitié qui durera j'en suis sûre ! Je te souhaite beaucoup de bonheur et de réussite dans ta vie personnelle et professionnelle, à commencer par ce beau voyage pour continuer de découvrir le monde et la richesse de ses habitants.

Rosalie, on a eu la chance que nos noms se suivent dans l'alphabet, et on s'est suivies tout au long de notre parcours jusqu'au concours ! Je retiens ton sourire, nos prouesses au tennis, tes fondants au chocolat, et une belle amitié qui perdure grâce aux réunions annuelles à Contis ! Je te souhaite le meilleur dans ta vie future, entre le pays basque et les landes !

Justine, ma copine tarno-aveyronnaise ! Je vous souhaite beaucoup de bonheur avec Jean, et vive la truffade !

Aurélie, à nos souvenirs d'intégration, aux soirées raclettes, aux sous colles avec Claire qui se transformaient surtout en soirée pizza-papotage ! Tu es aussi la première Docteure du groupe ! Je te souhaite le meilleur !

Claire, merci pour les années passées, pour ta gentillesse et ta discrétion, mais aussi pour les folles soirées de réveillon ! Je te souhaite beaucoup de bonheur et de réussite dans ta vie familiale avec Camille et Julien, ainsi que dans ta vie professionnelle.

Simon, Hugues, les Thomas, Pierre, Thibault, Adrien, aux journées BU, mais surtout aux apéros et aux sorties ski, à votre bonne humeur et votre humour : merci, et bonne continuation à tous !

Laura, à notre amitié corso-castraise et au plaisir de se retrouver sur un paddle, si Légo nous laisse une petite place !

À l'équipe médicale et paramédicale des urgences du CHIVA,

Merci de l'accueil que vous nous avez réservé et de la bienveillance dont vous avez fait preuve pour m'accompagner dans mon premier semestre d'internat.

Aux soirées foot au FC Mongailhard, agrémentées des plus beaux gestes techniques et du pestacle !

À mes co-internes des urgences,

Maxime, pour notre binôme de choc et notre fabrique de bière artisanale qui s'est arrêtée trop tôt, une histoire de thermomètre... !

Anaïs, Martin et Mathilde, pour les bons souvenirs de ce premier stage ensemble.

À l'équipe médicale et paramédicale de cardiogériatrie,

De belles rencontres, un déménagement, des « oui Mad'moiselle ? », des glycémies trop hautes après le goûter, du Lasilix® en pagaille, un derby bleu-vert qui nous a tenu en haleine pendant 6 mois. Merci à tous pour ce que vous m'avez appris, médicalement et humainement !

Claire, ce fut un plaisir de travailler avec toi pendant ce semestre. Merci pour ton calme et ta bienveillance.

À mes maîtres de stage praticien niveau 1 et gynéco-pédiatrie,

François, merci pour ta bonne humeur souvent et ta folie parfois, ta ponctualité et tes pauses café. Merci pour ce que tu m'as transmis et bon courage pour tes défis sportifs !

Bernard, j'ai beaucoup appris à vos côtés grâce à votre pratique variée et à la transmission de vos connaissances sans retenue. Cela m'a conforté dans mon choix de devenir médecin généraliste.

Anne, tu as su me rendre plus à l'aise avec les nourrissons et les enfants, ainsi que dans la pratique de la gynécologie et je t'en remercie. Tu as toujours cru en moi et cela m'a redonné confiance. Merci d'avoir été à l'écoute, et de tout ce que tu m'as transmis. Merci encore d'avoir participé à l'aboutissement de ce travail. Merci de ta confiance.

À *Johanna*, mon binôme, merci pour ces bons moments de consult à deux chez Anne, à ton sourire et ta joie de vivre. Je te souhaite le meilleur pour la suite !

À Monsieur Atul Pathak,

Je vous remercie pour les trois mois que j'ai passés à vos côtés, pour votre implication dans ma formation. Vous êtes un exemple pour moi et je suis très reconnaissante d'avoir eu la chance de profiter de votre savoir et de votre expérience, tant sur le plan médical que personnel.

Lisa, merci pour le partage de tes expériences de la vie. Je te souhaite le meilleur pour ce nouveau départ à Sète.

À l'équipe médicale et paramédicale du GCVI de la clinique Pasteur,

Merci de m'avoir permis d'apprendre à vos côtés.

M. Léger, merci pour votre patience et de m'avoir accueillie pour m'apprendre les bases de la cicatrisation d'une plaie. Je me pose toujours les 7 questions !

À l'équipe médicale et paramédicale de l'HAD de la clinique Pasteur,

Yves et Christian, merci pour votre accompagnement et pour les discussions enrichissantes tout au long du stage, chacun dans vos domaines.

À Djamal et Marianne, pour notre trinôme de choc ! Merci de m'avoir amenée faire des évalués avec vous, et pour tout ce que vous m'avez appris « sur le terrain » !

À Madame Pronost, merci pour votre accueil et les débats animés que nous avons eus concernant cette thèse !

À mes maîtres de stage en SASPAS,

Émilie, merci pour ton accueil et tes enseignements dans nos débriefings, toujours autour de bons repas. J'ai beaucoup apprécié travailler avec toi.

Marc, merci pour ta bienveillance et ton soutien dans certains moments qui ont pu être difficiles. Merci pour tes conseils et ton accompagnement tout au long du semestre et même après... À bientôt sur les pentes de la vallée du Louron !

Bertrand, j'ai beaucoup appris à tes côtés. Tes réflexions et remises en question m'ont fait progresser. J'admire ton implication dans ce métier et dans la transmission de ses valeurs. Merci pour tout ce que tu m'as apporté, pour tous les conseils que tu continues de me donner et que j'essaie d'appliquer dans les décisions que je dois prendre, médicales ou non d'ailleurs !

Au centre Montplaisir,

Martine, merci pour ta patience et ton accompagnement tout au long du semestre et pendant les remplas. Ta présence rassure.

Nico, Aurélie, Agathe, Nathalie, Christophe, merci pour votre bonne humeur et pour les repas du vendredi !

Aux kinés et à Laurence pour remettre nos patients sur pieds, aux *IDE* pour les soigner, à *Émilie* pour leur redonner le moral !

Aux patients,

Merci pour ce que vous m'apportez tous les jours, et de contribuer à faire ce que je suis aujourd'hui.

À Pauline,

« Seul on va plus vite, à deux on va plus loin. »

Voilà deux ans que nous travaillons sur ce projet, et je suis fière de la façon dont nous l'avons accompli. Je n'aurais pu espérer meilleure partenaire. Ta rigueur et ton organisation, ta bonne humeur, tes idées culinaires et leur réalisation aboutie, tes compétences informatiques malgré certains mystères paraissant insolubles (« Victory » !), et ta détermination ont rendu agréable ce travail.

Nos pauses gastronomiques, lyriques, récréatives et chorégraphiques vont me manquer.

Je suis heureuse de franchir cette étape à tes côtés, et j'espère que d'autres projets communs pourront s'ajouter à celui-ci.

Merci pour ta confiance, ton soutien et ton amitié.

À Jean-Baptiste,

Nous avons traversé ensemble un bout de cette aventure que sont les études médicales. Ça n'a pas toujours été un chemin rectiligne, mais nous avons pu nous aider mutuellement à traverser les doutes et contourner les embûches. Nous arrivons au bout ensemble !

Ta capacité à réaliser des projets qui me paraissent fous traduit ton aptitude à te dépasser. Le bien-être que cela te procure et ta satisfaction d'avoir réussi sont inspirants.

J'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve...

Je t'aime.

REMERCIEMENTS PERSONNELS de Pauline DAIRE

A mes maitres de stage

Merci au service des urgences de Decazeville, à Volo, à Denis, à Rafik, à Azouz pour votre accompagnement lors de mon premier stage d'interne, pour votre indulgence et pour les connaissances que vous m'avez transmises.

Merci au service du Secteur A de l'hôpital de Casselardit puis Garonne, à Adélaïde, à Maria et à Julien, de nous avoir encadrées et guidées vers plus d'autonomie, de votre bienveillance et de votre gentillesse. Je n'oublierai pas les cafés Nespresso de la mi-visite et les chocolaines du mercredi matin (avec plus ou moins de miettes).

Merci aux médecins généralistes du Lauragais qui m'ont accueillie dans mon premier stage de médecine générale en tant qu'interne, à Christian, à Marc, à Michel. Vous m'avez chacun fait partager votre quotidien et montré différentes façons d'exercer ce métier, qui occupe souvent une part prépondérante dans notre vie.

Merci aux médecins qui m'ont ensuite accueillie dans le Tarn, à Natacha, à Juliette, aux Docteurs Catherine Chaize, Marion Voyez, Bénédicte Vinet, Yaacoub Kalouche. Vous m'avez beaucoup appris pendant ce stage de gynécologie et de pédiatrie. Margot, ce n'est pas toujours évident de te suivre mais ton investissement et ta motivation sont sources d'inspiration. Je te remercie pour ton accompagnement et ta pédagogie.

Merci aux médecins généralistes de Toulouse qui m'ont guidée dans mon autonomisation en SASPAS, à Marie-Laurence, à Dominique, à Philip, à Séraphin, pour la confiance que vous m'avez accordée. Vous aussi vous exercez notre métier avec des façons encore différentes et vous avez accepté de les partager avec moi. J'ai apprécié d'échanger avec vous et de remettre en question les situations que j'ai pu rencontrer, en confrontant parfois ma naïveté avec votre expérience.

Merci aux médecins de neurologie et cardiologie de l'hôpital d'Albi, à Virginie, à Élisabeth, à Florian, à Christophe, à Marie, à Sophie, à Maria, à Margarita, à Philippe, à Tarek de m'avoir accueillie dans vos équipes et de m'avoir initiée à vos spécialités. J'ai apprécié travailler avec vous, mais aussi partager quelques repas, comme chez Belin ou encore à l'Épicurien, pour le boulot bien sûr.

Merci aux autres médecins dont j'ai croisé le chemin au cours de ces stages, que ce soit pour me montrer des gestes, donner des avis bienveillants ou un accompagnement plus personnel.

A Mathieu, Olivier, Pascal, Thierry et Thomas.

A Sandrine.

Merci Nadine de m'avoir initiée à la méditation et d'avoir apporté un peu de zen dans cette vie qui va souvent trop vite.

A l'ensemble des équipes paramédicales

Merci pour votre accompagnement durant tous ces stages, pour votre indulgence, votre douceur et votre humanité. Vous aussi vous avez contribué à ma formation en tant que médecin mais aussi comme personne. Pendant les quelques mois que nous avons partagé, nous avons formé une équipe, une sorte de famille au travail. Je garde un souvenir chaleureux de chacun d'entre vous, même si depuis j'ai oublié quelques prénoms. J'espère que vous ne m'en voudrez pas trop.

A Adrien, Alex, Annick, Babé et Babeth, Christel, Pascale, Sonia, Stéphanie, Yohan, Zoé.

A Claire, Coralie, Élodie, Éloïse, Louise, Samira, Corine et Valérie.

A Caroline.

A Ariel et Cathie. A Patricia, Corine et Jocelyne.

A Carine, Céline, Élodie, Émilie, Evelyne, Ghislaine, Julie, Laure, Lolo, Lucie, Lydie, Marie-Christine, Nathalie, Patou, Patrick et Patrick, Sophie, Stéphan, Sylvie, Virginie, Zaza, Isabelle et Sophie. A Anne, Belline, Bernard, Cécile, Céline, Chantal, Chloé, Christelle et Christelle, Dominique, Fabienne, Gaëlle, Julien, Magalie, Marion et Marion, Perrine, Rémy, Robin, Sandrine, Sophie, Anne, Virginie et Guillemette.

A mes co-internes

Merci Ève-Marie et Joanna d'avoir contribué aux rires et à la bonne humeur du Secteur A. Je suis ravie que cette collaboration ait débouché sur une amitié, où l'on continue de partager quelques verres de temps en temps, entre Bordeaux et Toulouse. Sans oublier le Cap Ferret et ses huîtres !

Merci Claire, Emmanuelle et Alexandre pour avoir partagé avec moi six mois en gériatrie.

Merci Kim d'avoir été mon acolyte pour un demi-semester en neurologie et de m'avoir permis de goûter les profiteroles de chez Belin pour ton anniversaire. Il faudra qu'on reparle de notre projet de guide des meilleurs bars à cocktails toulousains.

A la coloc de Decazeville

Leïla, Marine et Marine-Charlotte je vous remercie toutes les trois pour ce beau semestre en Aveyron. Avec vous, j'ai affronté les longues soirées d'hiver à coup de soupes et de tisanes, parfois sans chauffage ni eau chaude durant plusieurs semaines. Depuis, on s'est retrouvées en Guadeloupe, par deux fois, en Suisse et à Toulouse bien sûr. J'espère qu'on continuera à croiser nos routes encore longtemps.

Aux albigeois de l'été 2017

A Alizé, Blandine, Charlotte, Damien, Elsa, Emma, Hugo, Josselin, Julien, Manu, Marie et Marie, Mathilde et Mathilde, Noé, Pauline, Rémy, Thibault, Zinar. Ce premier semestre tarnais avec vous était tellement bien que j'ai re-signé l'année suivante. D'ailleurs certains d'entre vous sont devenus tarnais d'adoption depuis. Merci pour la piscine, les BBQ, le bière-pong, les fléchettes depuis le jardin, les soirées œnologie, les repas de groupe pour éviter les barquettes et les restos. Je suis contente que l'on continue de se voir, de boire et manger ensemble, que ce soit en Aveyron, dans le Tarn, à Toulouse ou à la mer. Merci aussi pour votre soutien et votre amitié, régulièrement sollicités, dans les moments de doute qui peuvent survenir dans notre profession.

Aux albigeois de l'été 2018

A Alice, Alicia, Anna, Antoine, Blandine, Cécile, Clara, Constance, Corentin, Daniel, Etienne, Juliette, Lucien, Marie, Maxime, Mélanie, Pauline, Pierre, Robin, Théo, Thomas. Ce deuxième semestre dans le Tarn avec vous a conforté ma première impression et depuis je continue d'y venir régulièrement. Merci pour l'odeur des gâteaux en sortant de stage, les lasagnes, les nocturnes gourmandes sur la place Sainte Cécile, aux garçons de la maison pour avoir poussé la chansonnette sous la douche, pour la promenade Gaillacoise (même si je n'ai pas pu y participer, les deux fois) et pour avoir brillamment défendu les couleurs des internes à l'Ekiden.

A mes copains de l'externat

A Aurélie, Claire, Diana, Justine, Rosalie, Yvonne, et aussi Adrien, Jb, Hugues, Pierre, Simon, Thibault, Thomas et Thomas. On s'est rencontré pour la plupart en P2, certains au tutorat ou à la corpo pour le Téléthon 2010 et on a poursuivi ce long parcours des études de médecine plus ou moins tous ensemble. Bien sûr Jean et Julien ont vite intégré l'équipe. Merci à tous pour tous les moments partagés ensemble, y compris à Saint-Pierre-la-Mer, Contis, Beauvallon, Bordeaux et Royan. Vous êtes de belles personnes. Je vous souhaite le meilleur pour vos vies professionnelles mais surtout, personnelles. Et j'espère qu'on pourra encore partager des bons moments ensemble.

Merci Aurélie et Claire pour ce duo inséparable (même en stage au PUM je n'ai pas réussi à m'immiscer entre vous), pour l'hyperactivité et l'engouement de l'une, et pour le calme et l'ingénuité de l'autre.

Merci Justine pour ta joie de vivre, ton optimisme et ta détermination.

Merci Rosa pour ta tendresse, ton sourire et ton individualisme.

Merci Yvonne pour ta gastronomie, ta sympathie et ton opiniâtreté.

A mes amis

A Kelly, mon amie de longue date puisque cela remonte au collège de Tournefeuille, en 6^{ème}. Tu n'as pas pu venir ce soir et je sais que tu le regrettes. Malgré toutes ces années et ces distances variables, nous avons gardé une grande complicité et lorsque nous nous retrouvons,

à l'île de Ré, Paris, Dublin ou Toulouse, c'est comme si rien n'avait changé. Merci pour ton amitié, elle m'est précieuse et j'espère la conserver encore longtemps.

A Camillou, Do, Mimi, Adi, Jb, Marco et Morgan. Notre rencontre commence à dater, pour la majorité d'entre vous... plus de dix ans en fait. Je suis ravie de vous compter parmi mes amis. Je vous remercie bien sûr pour tout : votre bonne humeur-meur-meur-meur-meur, les bizkits, les parties de belote, Barcelone, Le Porge, Ax-les-Thermes, Banyuls, Rome, Montpellier, Bilbao, les soirées aux lampions, les BBQ au Weber, les jeux de société, le goût pour le vin, le rhum arrangé, Game of Thrones, Valérie Lemerrier et j'en passe. Merci pour les personnes que vous êtes et le soutien que vous m'apportez depuis tout ce temps. Pourvu que cela dure encore et encore.

A mon entourage d'enfance

Merci pour les séjours au ski, les week-ends à la mer, les après-midis piscine, les soirées jeux, la pâtisserie maison (avec ou sans brûlure), les bortschs, les rendez-vous foie gras et pizzas, les galettes des rois, les spectacles de marionnettes, le réveillon sans chauffage et tout ce qu'on a pu partager d'autre. Je suis heureuse rien que de repenser à ces fragments de moments et il y en a un certain nombre.

A Sabine.

A Élise, Alexandre, Nathalie et Arnaud.

A Cathy, Raphaël, Claire, Roxane et Louis.

Aux CDD

Merci à Amélie, Cathy, Clémence, Gauthier, JB, JM, Monique et Thibaut pour cette bande de famille-amie que nous formons, pour les superbes voyages estivaux auxquels, les parents, vous continuez de nous convier et pour l'institutionnalisation du Fred. Longue vie au carnet, au café frappé et à l'apéritif ! Nos souvenirs et moments vécus ensemble ne se résument pas qu'aux vacances ou week-ends à Lisle et je sais que je peux compter sur vous pour le reste aussi.

A ma famille

Même si on ne s'est pas choisi, merci à tous de faire partie de mon arbre généalogique et d'y prendre part, chacun à votre manière.

A mes cousins Gaétan, Morgane et Robin.

A mes tantes et mon oncle : Marie-Claude, Pascale et Édouard.

A mes grands-parents : Mamie Adette, Mamie Anne, Papi, Pépaul et Tan Dédée.

Maman, je te remercie pour ton soutien, ta patience, ta douceur. Je t'aime.

Papa, je te remercie pour ton optimisme, ta persévérance, ta tendresse. Je t'aime.

Charles, je te remercie pour ton courage, ton indépendance, ta sensibilité. Je suis fier de toi et je t'admire. Je t'aime.

A Pauline

Ça y est nous y voilà, la thèse, la fin de nos études, la soutenance. Merci d'abord pour notre rencontre au tutorat, où a commencé notre amitié. Merci ensuite pour tout ce qui a suivi : les moments de rire, ceux avec plus de larmes, ton beau sourire, que tu donnes sans condition, ta joie de vivre, ta gentillesse, la bonté dont tu fais preuve avec tout le monde, y compris avec moi, même si nous savons toutes les deux que ça ne rend pas toujours service. Je suis fier de partager ce moment avec toi et que tu m'aies choisie (ou acceptée, ça dépendra peut-être des versions) pour être ton binôme dans cette dernière étape de nos études. Je ne pouvais espérer mieux. Cette dernière étape elle nous a encore rapprochées, avec tout ce qui a gravité autour, et j'espère sincèrement que cette amitié, que ce duo de Paulines, n'aura pas de fin. Mille mercis ma Pauline.

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque.”

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	1
INTRODUCTION	2
I. Épidémiologie	2
II. Populations cibles	2
III. Recommandations de l’OMS	3
IV. Stratégies de prévention	3
V. La PrEP	4
A. Les études de la PrEP.....	5
B. Indications.....	7
C. Schémas d’administration.....	8
D. Effets indésirables.....	9
VI. Questions soulevées par la PrEP	10
A. Modification des comportements.....	10
B. Le coût.....	11
VII. Actualités	11
VIII. Problématique	12
IX. Objectif de l’étude	13
MATÉRIELS ET MÉTHODES	14
I. Population	14
II. Échantillonnage	14
III. Rôles des chercheuses	14
IV. Méthode d’analyse	15
V. Éthique	15
VI. Recueil des données	15
VII. Analyse	16
RÉSULTATS	18
➤ Caractéristiques de l’échantillonnage	18
➤ Contenu	19
I. La PrEP c’est bien	19
A. Bénéfices de la PrEP.....	19
B. Avis favorable.....	20
II. « Le moyen number one ça reste le préservatif » E2	21
A. Le préservatif d’abord.....	21
B. Le counseling.....	21
III. La population cible de la PrEP est adaptée	22

IV.	Pas d'élargissement de la population cible de la PrEP.....	23
A.	Élargissement inadapté	23
B.	Balance bénéfique risque défavorable en population générale.....	24
C.	Le préservatif est adapté à la population générale, en termes de coût et efficacité.....	24
D.	Relâchement dans la prévention des IST	24
E.	Méfiance de la population	24
F.	Discuter d'un élargissement pour les hétérosexuels	25
V.	Le médecin généraliste n'est pas au cœur de cette stratégie de prévention	25
A.	Circulation hétérogène des connaissances à propos de la PrEP	25
B.	Contraste ville/campagne	26
C.	Cloisonnement ville/hôpital.....	27
VI.	Le coût de la PrEP n'est pas un problème	27
A.	Il est inférieur au traitement de l'infection par le VIH	27
B.	Le médecin généraliste ne doit pas se préoccuper du coût.....	28
C.	Qui doit payer ?	28
VII.	Quid du schéma à la demande ?	29
A.	Nécessité d'anticiper une prise de risque	29
B.	En pratique	29
VIII.	Ce que les médecins généralistes craignent avec la PrEP	30
A.	Abandon du préservatif et recrudescence IST	30
B.	Observance et induction de résistance au traitement du VIH	31
C.	Ordalie et poursuite des comportements à risque	31
D.	Banalisation du VIH en raison de son nouveau statut de maladie chronique	32
E.	Oubli du counseling dans la PrEP.....	33
IX.	Les freins à la diffusion de la PrEP	33
A.	La sexualité est sous abordée en médecine générale.....	33
B.	Facteurs influençant l'abord de la sexualité.....	34
C.	Manque de connaissances et de compétences sur les modalités de la PrEP, trop récente	36
D.	Effets indésirables et interactions médicamenteuses.....	36
X.	Comment mieux prescrire la PrEP	36
A.	Le Kairos.....	36
B.	Formations.....	37
C.	Mieux repérer les groupes à risque	37
D.	Faire le choix adapté à chaque patient	38
E.	Mettre de côté ses convictions personnelles.....	38
	DISCUSSION.....	40
➤	Forces et limites de l'étude	40
A.	Forces de l'étude.....	40
B.	Limites de l'étude.....	40
➤	Discussion des résultats	41
I.	La PrEP c'est bien	41
A.	Un nouvel outil de prévention du VIH	41
B.	Place du médecin généraliste dans la prévention	42
II.	Le préservatif avant la PrEP.....	42
III.	La population cible de la PrEP est adaptée et ne doit pas être élargie.....	44
IV.	Le médecin généraliste n'est pas au cœur de cette stratégie de prévention	45
V.	La PrEP vaut le coût	47
VI.	À la demande, pas pour tous.....	48

VII. Les craintes de la PrEP.....	49
A. Abandon du préservatif et incidence stable ou augmentation modérée des IST.....	49
B. L'observance conditionne l'efficacité et l'absence d'induction de résistance au traitement du VIH 52	
C. Pas de modification des comportements à risque.....	53
D. Banalisation du VIH en raison de son nouveau statut de maladie chronique	53
VIII. Comment mieux prescrire la PrEP	54
A. Ne pas oublier le counseling dans la PrEP	54
B. Entreprendre de parler de sexualité	54
C. Mieux repérer les « groupes à risque »	55
D. Faire le choix adapté à chaque patient	55
E. Gestion des effets indésirables et interactions médicamenteuses.....	56
F. Mettre de côté ses convictions personnelles.....	56
 CONCLUSION	 57
 BIBLIOGRAPHIE	 59
 ANNEXES.....	 68
Annexe 1 – Guide d'entretien	68
A. Version initiale	68
B. Version définitive	69
Annexe 2 – Extrait de l'analyse thématique	71
Annexe 3 – Exemple d'un contexte d'énonciation	72
Annexe 4 – Lettre d'information et exemplaire de la fiche de consentement	73
Annexe 5 – Avis favorable de la commission d'éthique	74

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANRS : Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le VIH, des hépatites virales et des IST

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

IPERGAY : Intervention Préventive de l'Exposition aux Risques avec et pour les Gays

IST : Infection Sexuellement Transmissible

ITT : Intention To Treat

NNT : Number Needed to Treat (nombre de patient à traiter pour éviter un évènement)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPE : Prophylaxie Post-Exposition

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis

TasP : Treatment As Prevention (traitement en tant que prévention)

TDF/FTC : association de ténofovir disoproxil fumarate et d'emtricitabine

TDR : Test de Diagnostic Rapide

TPE : Traitement Post Exposition

VHA/B/C : Virus de l'Hépatite A/B/C

VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine

INTRODUCTION

I. Épidémiologie

Fin 2017, on estimait à 36,9 millions le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) dans le monde ⁽¹⁾. 1,8 millions (1,6 à 2,1 millions) de nouveaux patients ont été infectés par le VIH cette année-là, soit une incidence de 0,43 pour 1000 personnes chez les 15-49 ans ⁽²⁾. 1 million (0,8 à 1,2 millions) de décès en lien avec le SIDA (Syndrome de l'Immunodéficience Acquisée) sont survenus cette année-là, soit une diminution de 48 % entre 2005 et 2016 ⁽²⁾.

En 2018, le VIH est responsable de 35 millions de morts ⁽¹⁾. Cela en fait un problème mondial majeur de santé publique ⁽³⁾.

Seules 75 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur situation ⁽¹⁾. En 2017, à l'échelle internationale, 21,7 millions de personnes infectées par le VIH bénéficiaient d'un traitement antirétroviral ⁽¹⁾, ce qui correspond à un taux de couverture mondiale des adultes et des enfants de 59 % ⁽¹⁾.

La région africaine selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), où 25,7 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2017, est la région la plus touchée et concentre également près des 2/3 des nouvelles infections par le virus survenant dans le monde ⁽¹⁾.

Entre 2000 et 2017, le nombre de nouvelles infections a chuté de 36 % et celui des décès liés au VIH a baissé de 38 % ⁽¹⁾.

II. Populations cibles

Les populations cibles sont les groupes exposés à un risque accru de contracter le VIH, indépendamment du type épidémique et du contexte local. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les consommateurs de drogues injectables, les personnes vivant en prison ou dans des environnements clos, les travailleurs du sexe et leurs clients, ou encore, les personnes transgenres s'exposent, d'un point de vue épidémiologique, plus fréquemment à un risque de contamination par le VIH que la population générale ⁽¹⁾.

L'incidence du VIH est en augmentation chez les HSH ⁽⁴⁾. En 2016 en France, la prévalence du VIH chez les HSH est de 17,7 ⁽⁵⁾. En raison de discriminations et de stigmatisation, les analyses concernant l'épidémiologie du VIH chez les HSH sont difficilement interprétables. La prévalence des séropositifs chez les HSH serait supérieure à 1 % dans toutes les régions du monde, et systématiquement plus élevée que dans la population générale ⁽⁶⁾.

Chez les travailleurs du sexe, le risque d'être infecté par le VIH est estimé à 13,5 fois supérieur à celui de la population générale ⁽⁶⁾.

III. Recommandations de l'OMS

Concernant le VIH, l'OMS a fixé des **objectifs intermédiaires d'ici 2020** ⁽³⁾ :

- « Traitement 90-90-90 » : atteindre un niveau de 90 % en matière de connaissance du statut de la séropositivité ; 90 % de séropositifs recevant un Traitement AntiRétroviral (TAR) ; 90 % de patients sous TAR avec une Charge Virale (CV) indétectable
- Moins de 500 000 nouvelles infections chez les adultes
- Zéro discrimination.

Les objectifs OMS pour 2030 :

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

IV. Stratégies de prévention

Pour cela, l'OMS recommande l'emploi des Traitements Anti Rétroviraux en traitement mais aussi en prévention, l'utilisation des Tests de Diagnostic Rapide (TDR), et l'utilisation de prophylaxie pré et post exposition.

Les situations ou comportements à risque identifiés comme facteurs de risque de contracter une infection à VIH sont la pénétration anale ou vaginale non protégées, ou la présence d'une autre infection sexuellement transmissible (IST). Le partage d'aiguilles, de seringues, ou d'autres matériels d'injection ou de solutions contaminées lors de l'injection de drogues en sont aussi. Les injections, transfusions sanguines à risque, greffes de tissus et actes médicaux qui amènent à couper ou percer la peau dans des conditions non stériles ou

encore les accidents d'exposition au sang, notamment chez les professionnels de santé, représentent également des facteurs de risque ⁽¹⁾.

L'utilisation du préservatif interne ou externe, pendant la pénétration vaginale ou anale, peut empêcher la transmission des IST, y compris du VIH, avec une protection estimée à 80 % lorsqu'il est bien utilisé ⁽⁷⁾. Il faut y associer le dépistage et les conseils de prévention sur les autres IST (« counseling »). L'éducation de la population à réaliser un dépistage des IST et du VIH, lors de l'exposition à un risque, est essentielle pour adopter une stratégie de réaction (prise éventuelle d'un traitement post exposition en fonction du risque estimé, traitement d'une IST associée, dépistage du ou des partenaires), puis de prévention (limiter les comportements à risque, instauration de traitements préventifs) dans un second temps.

À ce jour, aucun moyen ne permet d'éliminer le VIH d'un organisme porteur. Deux cas de guérison apparente ont été décrits comme les patients « de Berlin » et « de Londres ». Ces deux patients ont bénéficié d'une allogreffe de moelle osseuse pour traitement d'une leucémie myéloïde aigüe, par des donneurs présentant une mutation homozygote du gène CCR5 ⁽⁸⁾.

Les traitements antirétroviraux permettent de maîtriser le virus, de limiter sa transmission et d'éviter les complications induites par l'infection, pour permettre une bonne qualité de vie malgré l'infection.

V. La PrEP

Dans la lutte pour diminuer l'incidence de la transmission du VIH, la PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) est venue s'ajouter aux stratégies de prévention déjà disponibles, le TasP (Treatment as Prevention) et la PPE (Prophylaxie Post-Exposition), depuis Janvier 2016 en France.

La PrEP par l'association de ténofovir disoproxil fumarate et emtricitabine (TDF/FTC, Truvada®) a d'abord bénéficié d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU), établie par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) en novembre 2015 ⁽⁹⁾. Elle a ensuite obtenu une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en mars 2017 et a vu ses premiers génériques commercialisés à partir de juillet 2017.

Jusqu'alors, le Truvada® était utilisé, en association à d'autres antirétroviraux, dans le traitement de l'infection au VIH de type 1 dans l'Union européenne depuis 2005. Il est également utilisé comme PrEP aux États-Unis depuis 2012 et est pris en charge par Medicaid

(assurance maladie pour les individus à faible revenu et ressource) et par la plupart des assurances privées ⁽¹⁰⁾.

Une analyse des prescriptions électroniques aux États-Unis, a permis de recenser 98 732 personnes ayant débuté la PrEP entre 2012 et 2016, et estimait ce nombre à 136 000 en milieu d'année 2017 ⁽¹¹⁾.

A. LES ETUDES DE LA PREP

Plusieurs études ont marqué son parcours, en justifiant par des méthodes à haut niveau de preuve, l'importance de cette nouvelle stratégie dans la réduction du risque d'infection par le VIH.

iPrEX est le premier essai clinique concernant la PrEP. Il s'agit d'une étude multicentrique de phase III en double aveugle randomisée contre placebo. Elle a étudié la prise orale quotidienne de Ténofovir disoproxil fumarate/Emtricitabine chez 2 499 hommes et femmes transgenres (nées hommes) ayant des rapports sexuels avec des hommes, au Pérou, Équateur, Brésil, Thaïlande, Afrique du Sud et États-Unis, entre juillet 2007 et décembre 2009 ⁽¹²⁾⁽¹³⁾.

Selon une analyse en ITT (intention to treat), la diminution de l'incidence de contamination par le VIH était de 44 % ⁽¹⁴⁾.

Elle a mis en évidence que quatre doses par semaine étaient nécessaires pour obtenir une protection contre une infection par le VIH ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾.

Partners PrEP a suivi 4 758 couples hétérosexuels VIH sérodifférents du Kenya et Ouganda entre 2008 et 2010, dans un essai de phase 3, randomisés selon 3 groupes comparés au placebo, en double aveugle. Il a montré que la prise orale quotidienne de ténofovir disoproxil fumarate (TDF) et TDF-emtricitabine réduisait la transmission du VIH-1 de 67 et 75 % respectivement ⁽¹²⁾⁽¹⁷⁾.

PROUD a inclus 544 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes VIH négatifs dans 13 cliniques médicales d'Angleterre, entre novembre 2012 et avril 2014, pour recevoir quotidiennement le TDF-emtricitabine immédiatement après l'inclusion ou après un délai d'un an ⁽¹⁸⁾.

Il s'agit de la première étude en population réelle, de phase III randomisée. Elle a été interrompue après une analyse intermédiaire pour que tous les participants du groupe

« différé » puissent recevoir la molécule étudiée. Selon une analyse en ITT, la réduction du risque relatif était de 86 %, avec un Number Needed to Treat (NNT) à 13 pour une année ⁽¹⁸⁾ ⁽¹⁹⁾.

IPERGAY (Intervention Préventive de l'Exposition au Risque avec et pour les Gays) a démontré l'efficacité d'un traitement à la demande (encadrant un rapport sexuel à risque) chez les HSH dans un essai de phase III randomisé contre placebo : avec deux comprimés 24 à 2h avant le rapport sexuel, suivi d'un comprimé toutes les 24h pendant 48h, éventuellement poursuivi quotidiennement si l'exposition est maintenue et ce jusqu'à deux jours après le dernier rapport à risque. Cette étude a été menée en France et au Canada, de février 2012 à octobre 2014 ⁽¹⁵⁾. La réduction du risque relatif a été de 86 % ⁽¹⁵⁾.

Enfin, deux études de moindre envergure : de faisabilité et acceptabilité, **Project PrEPare** aux États-Unis ⁽²⁰⁾ et de sécurité et observance, **IAVI Kenya Study** au Kenya ⁽²¹⁾ ont été menées.

La première regroupait 58 HSH, âgés de 18 à 22 ans, formant un échantillon randomisé pour recevoir des conseils de prévention seuls, des conseils et la PrEP, ou des conseils et un placebo. Il n'y a pas eu de séroconversion.

La deuxième regroupait 67 HSH et 5 femmes travailleuses du sexe, constituant un échantillon randomisé pour recevoir quotidiennement FTC-TDF ou placebo, ou de manière intermittente FTC-TDF ou placebo. Il y a eu une séroconversion dans le groupe placebo.

L'essai **iPrEx OLE** (iPrEx Open Label Extension) a recruté 1 603 hommes et femmes transgenres séronégatifs ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui avaient précédemment participé à des études sur la PrEP (iPrEx, ATN082/Project PrEPare and US Safety study) ⁽²²⁾. 76 % ont débuté une prophylaxie, avec des taux plus élevés chez ceux n'utilisant pas de préservatif lors de rapports anaux receveurs et ceux séropositifs pour HSV 2.

Aucune séroconversion n'est survenue chez les participants avec un taux protecteur de médicament, mesuré par prélèvements sanguins, considéré pour une prise de 4 comprimés sur 7 par semaine.

La réduction du risque relatif de l'incidence du VIH n'a pas été significative après ajustement selon les pratiques sexuelles.

L'**IPERGAY OLE** a inclus 362 participants (333 utilisateurs de PrEP et 29 nouveaux participants), suivis pendant 18,4 mois. Une réduction de l'incidence du VIH de 97 % a été observée dans le groupe recevant la prophylaxie de l'étude et de l'*open label extension*, en comparaison au bras placebo de l'étude IPERGAY ⁽²³⁾.

La PrEP permet une diminution de l'incidence des nouvelles infections par le VIH en cas de pratiques sexuelles à risque, notamment chez les HSH ⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾. La diminution globale de l'incidence était de 51 %, avec une efficacité très dépendante du niveau d'observance du traitement, pouvant atteindre jusqu'à 86 % dans PROUD et IPERGAY.

Ces divers essais cliniques français (IPERGAY ⁽²⁶⁾) et étrangers ⁽²⁷⁾ (PROUD , iPREX, CAPRISA...) à haut niveau de preuve, ont permis de valider cette stratégie préventive qui prend part entière dans la lutte contre le VIH. Il s'agit de réduire le risque relatif d'infection par le VIH de manière significative, en associant les mesures préventives actuelles connues à un traitement par ténofovir disoproxil fumarate-emtricitabine. L'utilisation du préservatif et les conseils vis à vis des comportements à risque (tels que l'utilisation de drogues lors des rapports, la multiplicité des partenaires, la non connaissance de son statut sérologique, ou l'absence de dépistage régulier) restaient des messages important dans la lutte contre le VIH.

B. INDICATIONS

Le pré requis à l'utilisation du ténofovir disoproxil fumarate-emtricitabine est avant tout la séronégativité du sujet, contrôlée par un test ELISA 4ème génération ⁽²⁸⁾.

La PrEP est réservée à certaines populations ⁽²⁹⁾, adultes et adolescents (de 12 ans et plus, pesant au moins 35 kg ⁽³⁰⁾), exposées à un haut risque de contamination par le VIH-1 :

- X Les hommes et personnes transgenres ayant des rapports sexuels avec des hommes, associé un autre critère :
 - Rapports sexuels anaux non protégés avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les 6 derniers mois
 - Épisodes d'IST dans les 12 derniers mois (chlamydiae, gonocoque, syphilis, primo infection hépatite B ou C)

- Au moins un recours à une prophylaxie post exposition au VIH dans les 12 derniers mois
 - Usage de drogues psychoactives lors des rapports sexuels (chemsex).
- X Au cas par cas :
- Usagers de drogues injectables avec partage de seringue
 - Travailleurs du sexe exposés à des rapports sexuels non protégés
 - Personne en situation de vulnérabilité exposée à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH ⁽³¹⁾ : rapports avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée [personne ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région à prévalence du VIH > 1 % (La Guyane fait partie des régions concernées), ou usager de drogue injectable] ou avec des facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement) ⁽³²⁾.

Elle n'est donc pas indiquée chez le partenaire séronégatif d'un sujet VIH+ à charge virale indétectable et sous traitement.

Le nombre de personnes à traiter pour éviter une nouvelle infection par le VIH serait de seulement 13 dans les groupes dont la prévalence du VIH est élevée ⁽³³⁾.

C. SCHEMAS D'ADMINISTRATION

La PrEP peut s'utiliser selon 2 schémas de prise :

X Continu : un comprimé par jour à heure fixe

La protection est obtenue à partir de 7 jours de prise continue pour un homme ⁽³⁴⁾ et 21 jours pour une femme ⁽³⁵⁾.

X « À la demande » : pour un rapport sexuel, 4 comprimés en 3 prises (2 comprimés 24 heures à 2 heures avant le rapport sexuel, puis 1 comprimé par 24 heures pendant les 48 heures qui suivent le rapport sexuel).

En cas de plusieurs rapports sexuels, il faut poursuivre les prises quotidiennes jusqu'à 48 heures après le dernier rapport sexuel.

Les deux schémas de prise, en continu ou « à la demande » ⁽³⁶⁾ permettent de s'adapter au mieux aux besoins du patient. Seul le schéma en continu dispose d'une AMM en France ⁽³⁰⁾.

Des cas de contamination ont été décrits en cas de non-respect de ces schémas. La détection de la molécule dans les urines ou le sang, corrélée au nombre de prises médicamenteuses, pourrait permettre de fixer un seuil biologique d'efficacité de la molécule ⁽³⁷⁾. On pourrait assister à l'émergence de résistances induites, en raison de la prise aléatoire ou insuffisante de cette molécule antirétrovirale ⁽³⁸⁾ ⁽³⁹⁾.

D. EFFETS INDESIRABLES

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

Un risque d'atteinte de la fonction rénale est élevé le premier mois (insuffisance rénale aiguë) et un syndrome de Fanconi peut survenir ⁽³³⁾. L'étude PARTNERS PREP a noté une différence de clairance de la créatinine statistiquement significative mais non problématique cliniquement, surtout dans le premier mois d'initiation du traitement, avec stabilisation durant la première année ⁽⁴⁰⁾.

L'initiation du traitement ne peut d'ailleurs avoir lieu si la clairance de la créatinine est inférieure à 60ml/min.

Une sous-analyse d'iPREX a montré une diminution de la densité minérale osseuse (à la semaine 24), en rapport avec la fréquence de prise de la PrEP, réversible à l'arrêt du traitement ⁽⁴¹⁾.

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

VI. Questions soulevées par la PrEP

La prescription d'une molécule non dénuée d'effets indésirables fait s'interroger sur la balance bénéfice/risque de l'introduction et de l'utilisation de cette stratégie de prévention.

A. MODIFICATION DES COMPORTEMENTS

Un questionnaire concerne la recrudescence des comportements à risque ⁽⁴²⁾. En effet, un sentiment de « toute puissance » contre le VIH pourrait suggérer à tort l'absence d'intérêt du préservatif. L'analyse des changements de comportement est difficile, car il existe de nombreuses variabilités inter et intra individuelles, pouvant évoluer au fil du temps.

Une des conséquences de l'abandon du préservatif pourrait être une recrudescence des IST. Cependant, les personnes sous PrEP bénéficient de dépistages plus fréquents et rapprochés, avec des techniques plus précises. Il est alors difficile de relier l'augmentation relative du nombre d'IST à l'une ou l'autre des situations ⁽²⁵⁾.

Les données divergent. L'étude PROUD ⁽¹⁸⁾ montre une différence dans l'usage du préservatif (en diminution), mais pas dans l'incidence des IST. Le suivi de l'étude Partners Prep ⁽⁴³⁾ retrouvait moins d'acte sexuel sans préservatif avec les partenaires habituels/principaux, mais retrouvait par contre une petite augmentation du nombre d'actes sexuels sans préservatif avec les partenaires occasionnels. Cependant, les taux d'IST et de grossesses ne différaient pas.

D'autres données sur de plus petits échantillons de patients suggèrent une augmentation du nombre d'IST chez les patients sous PrEP (augmentation du risque relatif d'IST à 2,77), cependant le nombre de sujets est faible (114 personnes), et le taux d'IST avant l'étude n'était pas connu ⁽⁴⁴⁾.

Ces résultats sont globalement difficiles à interpréter, car les divergences peuvent être expliquées par de nombreux facteurs. Les comportements peuvent changer au fil du temps, l'augmentation du nombre d'IST peut être due à un dépistage plus fréquent et une part de hasard dans l'évolution des IST au fil du temps peut intervenir.

Il n'y a pas d'augmentation majeure dans l'incidence des IST chez les patients sous PrEP et la PrEP pourrait être un facteur permettant un suivi rapproché avec des dépistages réguliers des IST, associé à des conseils personnalisés et une prévention individualisée ⁽⁴⁵⁾.

B. LE COUT

Devant l'efficacité indéniable de cette prévention du VIH au sein des populations les plus à risque, le ténofovir disoproxil fumarate-emtricitabine bénéficie d'une prise en charge à 100 % depuis son utilisation en tant que PrEP en France, pour les adultes et adolescents âgés de 15 ans et plus. Le coût s'élève à 341€ pour 30 comprimés, abaissé autour de 172€ depuis l'arrivée des génériques en France ⁽⁴⁶⁾.

Les études de coût sont basées sur les données des États-Unis, qui ont plus de recul, et suggèrent que la PrEP est économiquement intéressante et a un impact budgétaire significatif, particulièrement chez les HSH ayant des pratiques sexuelles à risque ⁽⁴⁷⁾.

Deux modèles d'Angleterre ont conclu que la prophylaxie était rentable, si elle était ciblée pour les patients exposés à des risques de contamination par le VIH (notamment parmi les HSH) et si le coût des médicaments était réduit ⁽⁴⁸⁾. Un autre modèle néerlandais concluait de même ⁽⁴³⁾.

VII. Actualités

En France, entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 juillet 2017, 5 352 personnes sont susceptibles d'avoir bénéficié d'une PrEP (données SNIIRAM) ⁽⁹⁾. Le nombre de personnes ayant bénéficié d'un traitement par Truvada® ou générique est en augmentation régulière mais modérée depuis le 1^{er} janvier 2016 et jusqu'au 31 juillet 2017. Il s'agit principalement d'hommes (97,5 %), d'âge moyen de 38,2 ans. 92 % des prescriptions sont d'origine hospitalière ⁽⁹⁾.

Des essais sont en cours concernant de nouvelles prophylaxies impliquant d'autres molécules avec des thérapies orales (Descovy® ⁽⁴⁹⁾), ou injectables (cabotegravir ⁽⁵⁰⁾, implant de ténofovir alafenamide ⁽⁵¹⁾). Un vaccin ou encore des anticorps monoclonaux font également l'objet de recherches en cours ⁽⁵²⁾.

De nombreux challenges sont à venir et viseront à améliorer l'observance et l'accès à la PrEP et définir le programme de prévention optimal. Son adoption dans la prévention du VIH peut être lente et dépend de la connaissance de cette option thérapeutique par les professionnels de santé, pour informer et la proposer aux personnes qui ont des pratiques sexuelles à risque, de manière justifiée et adaptée ⁽⁵³⁾.

VIII. Problématique

La prévention fait partie des nombreuses missions du médecin généraliste en soins primaires ⁽⁵⁴⁾. Elle concerne notamment la transmission et la prévention des IST, dont le VIH en particulier, comme cela a été rappelé dans le Consensus de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et de la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS) de 2009 ⁽⁵⁵⁾.

Ainsi, on pourrait envisager que la promotion d'un outil de prévention comme la PrEP puisse relever du rôle du médecin généraliste.

Cependant, cela nécessite un prérequis essentiel : pour repérer les patients pouvant bénéficier de la PrEP, il faut d'abord parler de sexualité. Il a déjà été mis en évidence qu'il existait de nombreux freins à l'implication des médecins généralistes dans la prévention et le dépistage du VIH ⁽⁵⁶⁾. Certains sont liés au contexte des consultations, d'autres à la relation médecin-patient, aux patients ou à leurs réactions, ainsi qu'aux médecins eux-mêmes (leur regard sur le VIH, les groupes à risque, l'abord de la sexualité, leur expérience ou leur formation, le manque de temps ou de reconnaissance) ^{(57) (58) (59)}.

Cette nouvelle stratégie préventive bouscule la vision actuelle des autres stratégies de prévention en santé publique, en étant restreinte à certaines populations considérées comme ayant des pratiques sexuelles à risque de contracter le VIH, dans le cadre d'une approche de prévention combinée. Elle ne doit pas se substituer aux autres moyens de prévention. Elle reste coûteuse, non dénuée d'effets indésirables et pour l'instant difficilement accessible car peu connue de certains acteurs en prévention de santé.

Dans un travail précédent, nous avons évalué par questionnaire les connaissances concernant la PrEP des médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

40,9 % (N=38/93) des médecins interrogés déclaraient n'en avoir jamais entendu parler. Parmi les 59,1 % restant (N=55), des analyses plus fines ont permis de caractériser leur niveau de connaissance, via des questions supplémentaires.

Seulement 13 médecins généralistes (14 %) semblaient plus informés à propos de la PrEP et ses modalités d'utilisation (population cible, médicament, prescripteur, schéma d'utilisation et suivi).

Ces résultats retrouvent un manque de connaissance global concernant la PrEP et une inadéquation avec les données de la littérature.

IX. Objectif de l'étude

La question de savoir comment les médecins généralistes de Midi-Pyrénées perçoivent et envisagent la PrEP dans leur stratégie de prévention s'est posée.

Il s'agissait de définir les freins et les moteurs à la promotion de la PrEP en médecine générale.

Le but était de comprendre l'inadéquation entre les données scientifiques encourageantes sur l'efficacité de la PrEP pour diminuer le nombre de nouvelles infections par le VIH et sa faible utilisation en médecine générale.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Population

La population cible de l'étude était les médecins généralistes de Midi-Pyrénées, installés en cabinet libéral. Le travail ayant été conçu, développé et protocolisé avant la création de la grande région Occitanie, seuls les médecins de Midi-Pyrénées ont été sollicités.

II. Échantillonnage

Les participants ont été sélectionnés selon leur genre, âge, lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain), connaissance ou non de la PrEP et s'ils suivaient des patients sous PrEP ou non.

Le recrutement était effectué sur la base du volontariat, par réponse libre lors d'un questionnaire quantitatif sur l'état des lieux des connaissances des Médecins Généralistes sur la PrEP et par lien de connaissance.

Le premier contact était établi par mail ou téléphone, afin de convenir d'un rendez-vous physique, à la date et sur le lieu qui arrangeaient le participant.

Le recrutement a été effectué par deux chercheuses.

Il y a eu cinq refus de participation à l'étude. Un a été justifié par manque de temps pour un médecin (« 30 minutes c'est le temps d'administratif quotidien »), deux médecins n'ont pas donné de retour malgré plusieurs relances, et deux désistements ont eu lieu un jour avant l'entretien et sans reprogrammation ultérieure.

III. Rôles des chercheuses

L'ensemble du travail a été réalisé conjointement par les deux chercheuses, en dernière année d'internat de médecine générale. Une relecture ainsi qu'une aide à l'analyse des verbatims a été apportée par une troisième chercheuse, enseignante de médecine, référente dans la méthode de recherche choisie. Une supervision était réalisée par un quatrième chercheur.

Il était envisagé que la connaissance personnelle des participants pouvait apporter un biais dans le déroulement de l'entretien. C'est pourquoi les personnes recrutées par lien de connaissance avec une des chercheuses, ont été interrogées par l'autre chercheuse.

IV. Méthode d'analyse

La méthode d'analyse utilisée a été celle de la théorie ancrée, selon laquelle une théorie est construite à partir des données empiriques recueillies. Seule une méthodologie qualitative permet cela. Elle comporte un échantillonnage raisonné et l'analyse est fondée sur la méthode de comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain.

V. Éthique

Un formulaire de consentement était signé par le participant avant le début de chaque entretien (Annexe 4).

L'anonymisation des données était réalisée dès la retranscription de chaque entretien.

L'avis favorable du comité d'éthique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées, présidé par Madame Laurencine VIEU, a été recueilli le 10/07/2018 (Annexe 5).

VI. Recueil des données

- Les entretiens

Les entretiens ont été menés par les deux chercheuses en parallèle.

Les entretiens étaient individuels, semi dirigés, avec enregistrement audio puis secondairement retranscrits manuellement sur ordinateur.

Le lieu était choisi par le participant, pour une question de commodité (domicile ou lieu de travail).

Aucune prise de note n'a été réalisée au cours de l'entretien, pour ne pas perdre la dynamique de l'échange avec le participant. L'impression de la chercheuse était consignée sur un carnet de bord individuel à l'issue de l'entretien, représentant le contexte d'énonciation (un exemple en Annexe 3).

- Les participants

Les participants étaient informés que les chercheuses étaient internes ou jeunes remplaçantes et qu'il s'agissait d'un travail de recherche de thèse concernant la PrEP en médecine générale.

Ceux ayant participé initialement au questionnaire quantitatif avaient reçu la correction des réponses au fur et à mesure de leur participation. Pour tous les participants, deux paragraphes d'informations avaient été rédigés à l'avance et ont été diffusés au cours de l'entretien.

- Guide d'entretien (Annexe 1)

L'ébauche initiale du guide d'entretien a été réalisée à partir des données de la littérature, concernant l'interrogation de médecins généralistes quant à leur pratique.

A l'issue du cinquième entretien, une première modification du guide d'entretien a été effectuée, en introduisant le paragraphe d'information par une question fermée et en simplifiant ou adaptant le paragraphe d'information à chaque participant. Une deuxième modification du paragraphe d'information du guide d'entretien a été effectuée après le onzième entretien.

- Retranscription

La retranscription intégrale des entretiens était faite manuellement sur ordinateur par la chercheuse ayant mené l'entretien.

VII. Analyse

L'analyse était faite de façon thématique puis par théorie ancrée.

Les verbatims étaient découpés en unité de sens, pour leur donner un code. Le code seul devait permettre de retrouver le verbatim ainsi que son contexte. Un double codage a été effectué. Les données ont été analysées conjointement, en donnant chacune son idée avant de trouver un accord, afin de respecter le principe de triangulation. En cas de désaccord persistant, l'avis de la troisième chercheuse, directrice de thèse était sollicité pour trancher. La deuxième étape de catégorisation consistait à regrouper les codes de sujet commun en catégories et sous-catégories. La troisième étape permettait de faire des associations plus larges, regroupées en thèmes et sous-thèmes. Un extrait de l'arborescence est représenté en Annexe 2. Ces catégories conceptuelles ont permis de faire émerger les différents axes des résultats.

Le principe de réflexivité a été pris en compte tout au long de la recherche, afin de ne pas influencer chaque étape. Cela permettait d'avoir une évaluation plus objective en limitant les aprioris des chercheuses.

Le matériel utilisé était le logiciel Word® avec tableur Excel® pour le codage des données.

Les résultats ont été soumis à trois experts, deux infectiologues et un sociologue, afin de recueillir leurs réflexions et aborder la discussion.

Les sujets interviewés n'ont pas été sollicités pour une rétroaction sur les résultats finaux.

RÉSULTATS

➤ Caractéristiques de l'échantillonnage

L'échantillonnage a permis d'interroger 13 participants.

Tableau 1 - Caractéristiques de l'échantillonnage des participants

N° entretien	Genre	Age	Lieu d'exercice	Nombre moyen de consultations par jour	Formation sur le VIH	Connaissance de la PrEP	Nombre de patients atteints par le VIH	Nombre de patients sous PrEP	Prescription de la PrEP	Durée de l'entretien
1	M	63	Urbain (31)	20	oui	non	10	0	non	20'
2	M	43	Semi rural (31)	38	non	oui	3	2	non	23'
3	M	68	Semi rural (31)	25	oui	non	0	0	non	44'
4	M	41	Rural (31)	23	non	oui	1	0	non	18'
5	F	40	Urbain (31)	20	oui	oui	< 5	< 5	non	13'
6	M	51	Urbain (31)	35	oui	oui	10	20	oui	40'
7	M	53	Urbain (31)	25	oui	oui	20	2	oui	36'
8	F	50	Rural (09)	30	non	non	2	0	non	32'
9	M	49	Semi rural (65)	20	non	oui	1	0	non	26'
10	F	40	Urbain (31)	20	oui	oui	5	0	Non (pas en tant que MG)	41'
11	F	38	Urbain - semi rural (32)	25	non	oui	5	0	non	26'
12	M	65	Urbain (31)	45	oui	oui	50	10 à 15	oui	35'
13	F	31	Semi Rural (81)	20-25	non	+/-	1	0	non	26'

Onze entretiens ont été réalisés avant d'observer une saturation théorique des données. Deux entretiens supplémentaires avec des profils différents ont été menés pour confirmer l'absence de nouvelles données.

➤ Contenu

I. La PrEP c'est bien

A. BENEFICES DE LA PREP

D'après un médecin, la PrEP prenait part dans la réduction du risque de contamination par le VIH. Elle pourrait être une innovation importante dans la stratégie de lutte contre le VIH.

« Beh moi j'trouve ça génial (rires), 'fin ça m'paraît révolutionnaire quoi hein » E13

Les médecins rencontrés considéraient que la PrEP pouvait permettre de diminuer le nombre de nouvelles contaminations par le VIH et les conséquences de la maladie. Elle pouvait être un outil supplémentaire pour entraver l'épidémie dans la population générale.

« Alors si euh, PrEP c'est ça ? PrEP ça permet d'éviter 10 ou 20 ou 100 ou 1000 euh séropositivités, euh c'est génial, c'est tout simplement ça » E3

Certains médecins généralistes espéraient qu'un jour la PrEP rende possible l'éradication du VIH.

« Et puis pour la population, plus générale, forcément, c'est euh quelque chose qui va être euh, positif dans le sens où on est dans une démarche de limitation d'une épidémie et que ben si on peut, si on peut rêver que euhm, que le SIDA disparaisse un jour parce qu'on n'aura plus de, de foyer de base et ben ça sera bien quoi, hein ? Ça serait chouette. » E8

Du fait du bénéfice de la PrEP pour limiter le nombre de contaminations par le VIH, il semblait nécessaire de la rendre accessible dans le monde entier et pour toutes les populations à risque.

Selon les médecins interrogés, la PrEP pouvait diminuer le risque d'infection par le VIH chez les populations dites à risque.

« Ça limite la contamination chez des, gens qui sont très à risque et qui ne se protègent pas. » E10

Elle pourrait permettre de protéger notamment les professionnels du sexe.

Ils la décrivaient comme un moyen de protection et de maîtrise du risque individuel, induisant la responsabilisation du patient.

« et de pouvoir essayer de de, d'arrêter de vivre avec cette épée de Damoclès » E11

Elle pouvait apparaître comme un moyen pour le patient d'assumer sa sexualité.

B. AVIS FAVORABLE

Les médecins généralistes s'accordaient pour dire que la PrEP semblait être une bonne chose, avec une balance bénéfice-risque favorable. Il pouvait s'agir d'un bon moyen de prévention, contre le VIH uniquement, pour ceux ne voulant pas utiliser le préservatif.

« pour certaines personnes qui ne veulent pas utiliser de préservatif euh ben c'est une excellente euh, une excellente avancée » E9

Certains médecins généralistes interrogés pensaient avoir leur place dans l'orientation vers la PrEP. Selon eux, ils devraient pouvoir utiliser tous les moyens disponibles pour prévenir de nouvelles contaminations par le VIH.

« en tant que médecin nous on est on est là pour... pour agir en fonction de euh... de ce qui existe et se dire est-ce que c'est utile au patient, à quel patient, je peux le proposer, voilà. » E6

Un médecin généraliste précisait qu'il valait mieux « prévenir que guérir ». La PrEP montrait selon eux un bénéfice individuel, médical et financier comparé au traitement d'un patient infecté pour le VIH.

« après j'comprends bien que humainement médicalement euh financièrement, euh y'a pas photo entre euh euh prévenir et traiter euh quelqu'un d'infecté hein » E7

La PrEP semblait avoir un réel intérêt par le fait qu'elle ait été validée scientifiquement dans différents essais cliniques, en retrouvant un bénéfice pour diminuer le nombre de nouvelles infections par le VIH.

« Si apparemment les essais qui ont été conduits euh montrent qu'il y a une diminution du risque de contamination, avec l'efficacité du Truvada® en prise unique, en pré exposition ben je pense que ça, euh, me semble euh, enfin, je crois que c'est évident que ça a vraiment un intérêt. » E1

Un médecin exprimait vouloir s'investir dans la prescription de ce type de traitement ayant démontré son efficacité.

La PrEP apparaissait pour les médecins généralistes comme un outil utile pouvant protéger les patients qui en comprenaient les enjeux.

Il s'agissait d'un moyen de prévention supplémentaire contre le VIH chez les patients pour lesquels l'usage seul du préservatif n'était pas suffisant.

« C'est un arsenal de plus. » E9

Sa prescription ne nécessitant pas d'être préalablement reconnu en Affection Longue Durée (ALD) et étant disponible en officine, cela rendait selon eux sa mise à disposition plus facile pour le médecin généraliste.

Du fait d'un dépistage plus fréquent des IST dans le cadre du suivi de la PrEP, certains médecins généralistes espéraient qu'elle pourrait entraîner une prise de conscience favorable à la prévention des autres IST. Elle pourrait impliquer un changement des pratiques sexuelles, où les patients ne seraient alors plus redevables de la PrEP.

II. « Le moyen number one ça reste le préservatif » E2

Les médecins généralistes ne faisaient pas de différence entre l'abord de la prévention en matière de sexualité et du VIH, qui était abordée indifféremment de la prévention des autres IST.

« Toutes les IST. Pour moi c'est c'est un package complet » E11

A. LE PRESERVATIF D'ABORD

Parler du VIH impliquait de parler du préservatif comme outil indispensable et efficace. Celui-ci incarnait la base de la prévention du VIH.

« Le préservatif c'est fantastique. » E9

Il leur semblait nécessaire d'aborder la technique d'utilisation du préservatif.

« Mais que euh, ça s'rait pt'être plus efficace quaaand même qu'on déroule un jour un préservatif sur une banane... dans un cours. » E9

Ils jugeaient nécessaire de lutter contre les idées reçues concernant le préservatif.

« avoir des préservatifs ça veut pas dire forcément qu'on a des pratiques sexuelles à risque. » E9

Un des médecins précisait que le principe du recours au préservatif n'était pas si simple et ne dépendait pas du niveau intellectuel de la personne.

B. LE COUNSELING

Dans le cadre de la prévention en matière de sexualité, il leur semblait approprié de mentionner le délai de transmission des IST et d'expliquer les modalités des tests de dépistage, afin d'argumenter leur pertinence et de favoriser leur réalisation.

Le patient devait être encouragé à utiliser le préservatif plutôt que d'utiliser un médicament avec des effets indésirables potentiels.

Il était jugé plus sûr, plus simple et moins risqué que la PrEP.

Le préservatif incarnait un moyen de prévention individuel et collectif, alors que la PrEP pouvait être perçue comme individualiste et égoïste.

« Mettre un préservatif c'est penser à soi et c'est penser à l'autre aussi. (...) Une PrEP c'est plus égoïste finalement. C'est je prends la PrEP pour pas choper le, le HIV. » E2

Selon eux, la PrEP ne devait pas dispenser de faire de la prévention en matière de sexualité, puisqu'elle ne protégeait que contre le VIH.

« Il ne faut pas que les nouvelles thérapies, parce que c'est nouveau, occultent le fait qu'il faut repartir aux fourneaux et re réexpliquer les bases, qui n'ont plus été expliquées depuis euh... 20 ans ! » E9

Un médecin soulignait que la PrEP venait s'ajouter au préservatif pour optimiser la couverture contre le VIH.

« c'est là le rôle du médecin de bien insister sur le fait que, ça va pas se substituer quand même au préservatif c'est juste pour euh, en fait on essaie d'avoir une couverture optimale » E13

Les médecins maintenaient que le coût de la PrEP au long cours, nettement supérieur au coût des préservatifs, devait être pris en compte.

« Moi je trouve que le pr, 'fin y'a quand même une réalité médico économique, que un préservatif ça coûte moins cher que 100€ quoi » E7

III. La population cible de la PrEP est adaptée

Certaines populations étaient jugées plus à risque pour le VIH par les médecins interrogés. Les migrants, les personnes originaires d'Afrique, les HSH, les travailleurs du sexe et les toxicomanes bénéficiaient d'une attention particulière de la part du médecin généraliste.

« Globalement, les gens qui se contaminent en France aujourd'hui, soit c'est des migrants, euh origine africaine etcetera euh voilà, soit c'est des ho' des jeunes homos enfin des homos euh... pratiquant, hyper pratiquant. (rires) » E10

D'après les médecins généralistes, certains homosexuels semblaient peu préoccupés par les risques auxquels ils s'exposaient.

« mais alors euh on a l'impression qu'ils sont imperméables hein, vraiment » E7

Les médecins généralistes avaient le sentiment que l'absence d'utilisation du préservatif était fréquente chez les homosexuels.

« quand on discute avec eux, [ils] vous disent très clairement que le préservatif ils vont pas l'utiliser toujours, euhhh... que ils y arrivent pas, etcetera, voilà. » E6

Pour autant, tous les homosexuels ne devaient pas, selon eux, être estimés comme plus à risque pour le VIH, certains étant particulièrement bien informés et acteurs de leur prise en charge.

La notion de partenaires multiples et l'absence d'utilisation de préservatif étaient décrites comme des facteurs de risque pour le VIH, y compris chez les hétérosexuels.

« c'est d'ailleurs ce qui me perturbe parce que je connais des patients hétérosexuels, mais qui ont autant de partenaires. Et qui se protègent pas forcément. » E6

La population cible de la PrEP leur semblait adaptée. Elle était en accord avec les populations les plus exposées au VIH, chez lesquelles la prévalence du VIH était plus élevée.

Les populations cibles étant très précises et identifiées, un médecin supposait que la diffusion de la PrEP pouvait se faire rapidement.

Un autre présumait que l'indication de la PrEP pourrait progressivement être élargie en fonction des bénéfices apportés par le traitement dans la population cible initiale.

IV. Pas d'élargissement de la population cible de la PrEP

A. ÉLARGISSEMENT INADAPTE

La plupart des médecins généralistes n'étaient pas favorables à l'élargissement de la population cible de la PrEP.

La population générale ayant des rapports sexuels plus « standards » (définie par un médecin comme l'usage ponctuel du préservatif, rapports vaginaux, nombre de partenaires modéré), elle était considérée comme moins à risque concernant le VIH. D'après eux, la PrEP s'adressait plutôt à une population ayant une sexualité différente de la plupart des gens.

« Mais... encore une fois la PrEP c'est quand même particulier, c'est pas monsieur ou madame toutlemonde » E10

Ils relataient que peu de patients contaminés par le VIH dans la population générale étaient hétérosexuels, même s'ils n'utilisaient pas de préservatif. Selon un médecin, la PrEP, pour les hétérosexuels, se réduirait au Truvada®, puisque le counseling n'était déjà pas entendu en temps normal.

« moi quand je pose la question, les... les hétéros utilisent peu le préservatif oui. Qu'ils soient fidèles ou pas. (...) Enfin ça leur arrive, mais... rarement. » E12

B. BALANCE BENEFICE RISQUE DEFAVORABLE EN POPULATION GENERALE

La balance bénéfice-risque d'un élargissement de la PrEP à la population générale était considérée comme défavorable par les médecins généralistes. Le bénéfice de protection apportée par la PrEP dans la population générale considérée comme moins à risque de contamination par le VIH était évalué comme insuffisant, comparé au risque de toxicité du Truvada® chez des patients bien portant.

« c'est pas un jus d'orange quand même il y a des effets secondaires » E7

« Mettre euh, tout le monde sous Truvada® euh... ça fait un peu beaucoup pour un risque qui est pas si énorme en fait, dans la population générale... aujourd'hui hein ! En France hein ! Séropositifs en France euh, traités etcetera. » E10

C. LE PRESERVATIF EST ADAPTE A LA POPULATION GENERALE, EN TERMES DE COUT ET EFFICACITE

La PrEP n'était pas jugée intéressante pour les gens qui utilisaient systématiquement le préservatif. Le préservatif restait le moyen de prévention contre le VIH le plus adapté pour la population générale.

« en fait, le préservatif c'est ce qu'il faudrait pour la population générale etcetera... » E10

Un médecin généraliste remarquait qu'envisager le remboursement de la PrEP en population générale relevait d'un « problème de riche » et semblait être une aberration économique alors qu'on disposait du préservatif.

Un autre médecin généraliste concluait que l'élargissement de la PrEP à la population générale n'avait pas un bon rapport coût-efficacité.

D. RELACHEMENT DANS LA PREVENTION DES IST

Les médecins généralistes craignaient que l'élargissement de la PrEP à la population générale puisse entraîner un relâchement dans la prévention des autres IST.

E. MEFIANCE DE LA POPULATION

L'élargissement de la PrEP à la population générale pourrait selon eux diviser les opinions de la même façon que les vaccins, entre efficacité scientifiquement prouvée et théorie « complotiste ».

Un médecin généraliste craignait que si la PrEP était élargie à la population générale les gens seraient réticents à se la procurer par peur de se sentir jugés par les autres.

F. DISCUTER D'UN ELARGISSEMENT POUR LES HETEROSEXUELS

Les médecins généralistes se questionnaient sur l'indication de la PrEP pour certains de leurs patients hétérosexuels ayant une sexualité plus à risque pour le VIH que le reste de la population générale. Ils les considéraient exclus et discriminés vis-à-vis de cette prise en charge qui aurait pu leur être bénéfique.

« Mais euh, un hétéro, multi-partenaires euh, qui fréquente qui va sur des sites libertins de machin qui va pareil etcetera, à mon avis faut le mettre sous PrEP aussi hein. » E10

Un médecin généraliste relevait que la PrEP prévoyait déjà une indication pour les personnes considérées comme ayant une sexualité à risque et pourrait donc s'appliquer à certains hétérosexuels, en fonction de l'évaluation du risque de leurs pratiques.

Tout le monde devait d'après eux être considéré comme à risque concernant le VIH.

« Groupe à risque concernant le VIH. Oui, si ! Ça y est, poum, ça c'est revenu. Euhh, j'allais dire tout le monde, parce que c'est la première chose qui m'est venue. Tout le monde. » E8

Certains médecins généralistes jugeaient intéressant de rendre accessible la PrEP à la population générale, du fait de son efficacité.

V. Le médecin généraliste n'est pas au cœur de cette stratégie de prévention

A. CIRCULATION HETEROGENE DES CONNAISSANCES A PROPOS DE LA PREP

La PrEP était peu ou pas connue des médecins généralistes.

« ça me dit quelque chose mais c'est très vague. » E3

La PrEP était perçue comme un traitement préventif d'un rapport sexuel à risque pour le VIH.

« C'est euh la prise d'une euhhh, thérapeutique euh, en prévention, d'un rapport sexuel à risque. Ouais, c'est ça. » E4

Elle pouvait être confondue avec le Traitement Post Exposition (TPE).

« c'est donc Eviplera® c'est une thérapie anti VIH à prendre » E5

Le nom de la molécule utilisée pour la PrEP était donné par certains comme étant le Truvada®.

« Ben la PrEP euh, c'est le Truvada® déjà » E2

Les schémas de prises pouvaient être erronés, de même que les populations cibles.

« Oui ben après voilà, c'est le patient qui choisit hein » E11

L'absence d'utilisation du préservatif associée à des rapports sexuels à risques, des partenaires multiples ou les homosexuels, les travailleurs du sexe, les toxicomanes, étaient, selon les médecins, ciblés par les indications de la PrEP.

« Résumer la PrEP, je pense que c'est particulièrement adapté euh, pour une frange de population dite à risque hein, très à risque. Aux mœurs libérées et sexuelles particulières hein. Euhh... voilà. C'est vraiment très très adapté pour ces gens là. (s'éclaircit la voix) Qui ont quand même des, une sexualité euh, euhhh, au niveau des fréquences des rapports euh, je pense qui est quand même beaucoup plus élevée que, que la moyenne hein, pour la plupart. » E2

Les modalités de prescription et d'accès au traitement étaient mal connues de certains médecins généralistes.

Ils jugeaient insuffisantes les informations au sujet de la PrEP.

B. CONTRASTE VILLE/CAMPAGNE

Le lieu d'exercice et le domaine de formation du médecin généraliste leur semblaient influencer le type de patientèle et de suivi, avec un contraste entre la ville et la campagne. Ceci pouvait expliquer l'absence de patients identifiés comme redevables de la PrEP en milieu plus rural.

« C'est du semi-rural hein ! Je pense que les médecins en ville, les grandes villes, forcément ils en ont plus. » E2

L'absence de sollicitation du médecin généraliste pour prescrire la PrEP ne favorisait pas son intérêt pour le sujet.

« Moi j'ai, c'est vrai que, mh ici euh, on est quand même un peu loin de tout ça quoi. (...) 'fin en tous cas j'ai, euhhh, aucun, j'en ai aucun malade qui a été, dont on a prescrit ça. » E4

Le médecin généraliste pouvait ne pas se sentir concerné pour proposer ce type de prévention.

C. CLOISONNEMENT VILLE/HOPITAL

La prise en charge du VIH était perçue comme étant devenue majoritairement hospitalière.

« Oui dans la prévention, par rapport à ça je crois qu'on a été tenus un petit peu à l'écart, enfin on a l'impression d'être tenus à l'écart de la prise en charge des patients... » E1

L'initiation de la PrEP était perçue comme restreinte au milieu hospitalier, par un médecin infectiologue ou du Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD). Cela ne favorisait pas l'implication du médecin généraliste.

« D'accord. Donc c'est pour ça que, effectivement je vais pas l'avoir en tête parce que nous on n'a pas la prescription donc euh... » E8

Cela pouvait impliquer un allongement du délai d'attente de prise en charge pour les patients. Le médecin généraliste n'était, selon eux, pas informé de la prise en charge de son patient pour la PrEP, ni par le médecin prescripteur, ni par le patient.

« ou alors c'est qu'ils nous en ont pas parlé et ils nous disent pas qu'ils la prennent parce que ils nous racontent c'qu'ils veulent aussi » E11

Un médecin relevait un paradoxe concernant le suivi de la PrEP en ville. Les moyens mis à disposition n'étaient pas toujours accessibles ou nécessitaient un surcoût, notamment pour le suivi biologique et les dépistages multisites des IST.

« On nous demande la PrEP en ville et... 'fin, c'est des conneries quoi ! Pour moi c'est de la connerie administrative mais bon. Si y'avait que ça... » E12

VI. Le coût de la PrEP n'est pas un problème

A. IL EST INFÉRIEUR AU TRAITEMENT DE L'INFECTION PAR LE VIH

Les médecins généralistes évaluaient le coût de la PrEP comme moins important que celui du traitement d'un patient séropositif pour le VIH. Cela pouvait représenter un bénéfice économique. La population cible leur paraissait suffisamment restreinte pour que son coût reste maîtrisé.

« Bah probablement, si c'est bien ciblé probablement bénéfique, puisqu'on va diminuer le nombre de personnes infectées par le VIH et donc tous les traitements au long cours, qui coûtent cher. » E4

Les patients VIH « survivants » du début des années SIDA leur semblaient avoir subi de nombreux effets indésirables liés à la trithérapie, invalidants et coûteux.

Un médecin relevait que le coût de la PrEP comprenait aussi celui des bilans biologiques de suivi, et n'était pas négligeable.

Les médecins supposaient qu'avec le temps, le coût des traitements préventifs efficaces diminuerait, comme pour les vaccins.

B. LE MEDECIN GENERALISTE NE DOIT PAS SE PREOCCUPER DU COUT

D'après eux, la question du coût du traitement ne devait pas rentrer en compte dans la décision du médecin généraliste. Le bénéfice médical et humain devait primer sur le côté économique.

« Après je pense que sur, des choses comme ça, il faut juste se dire, savoir à quoi ça sert, à qui on peut le proposer et pas après euh, réfléchir sur euh, est-ce que ça coûte ou pas à la société » E6

L'évaluation du coût et de la pertinence du remboursement était laissée à la Sécurité Sociale.

« Moi je trouve que, bon le prix, je trouve que la sécu ça sert à ça hein, pas à rembourser l'homéopathie. » E3

« Euh là je pense que euhh, la sécurité sociale va se braquer bien avant moi. (rires) Je lui fais confiance ! (rires) Faut savoir déléguer dans la vie et ça c'est une compétence qu'elle a, que je n'ai pas (rires) et que je n'ai pas envie d'avoir, donc elle se débrouille avec. (rires) Voilà. C'est eux qui font les calculs du bénéfice et du risque financier. Voilà. Ça j'ai pas le temps de m'occuper de ça. » E8

Un médecin généraliste jugeait même que c'était aux économistes de déterminer les bénéfices économiques que pouvait engendrer le remboursement de la PrEP comparativement au traitement des patients séropositifs pour le VIH.

Un médecin généraliste soulignait que l'aspect du coût ne devait rentrer en jeu que lors de la prescription d'une molécule ayant un équivalent moins cher (exemples des génériques ou des traitements antihypertenseurs).

C. QUI DOIT PAYER ?

Certains se demandaient si la société devait assumer la prise de risque individuel ou si les individus devaient l'assumer eux-mêmes. Après réflexion, le coût, même élevé, de la PrEP justifiait son remboursement, par le bénéfice médical apporté en empêchant de nouvelles contaminations par le VIH.

« après je, je, j'ai réfléchi et je pense que c'est bien que ça soit remboursé » E7

Le remboursement permettait selon eux de la rendre accessible à la population cible.

« Auquel cas tout le monde pourrait pas se le payer. » E6

« Beh disons que si c'est pas remboursé euh ça ne marchera pas. » E9

La diminution du coût de la PrEP pourrait permettre de la rendre accessible dans des zones endémiques du VIH et d'envisager d'éradiquer le virus.

« Donc il faudrait, l'étendre, à l'Afrique euh, essayer de faire en sorte que la PrEP au lieu de coûter 170€, elle coûte 1€ et que, euh, tous les, toutes les populations africaines puissent l'avoir pour qu'on éradique complètement euh, le virus à un moment donné quoi. Voilà. » E6

VII. Quid du schéma à la demande ?

A. NECESSITE D'ANTICIPER UNE PRISE DE RISQUE

Les médecins s'interrogeaient sur le schéma à la demande de la PrEP. L'anticipation de la prise de risque concernant le VIH semblait contraster avec les pratiques de la population cible.

« Ouais mais la baise ça se commande pas quand même. » E3

« C'est compliqué, de dire « ah je vais partir en week-end faut que je prenne mes comprimés jeudi. » » E11

B. EN PRATIQUE

Le schéma à la demande nécessitant moins de comprimés mais une double prise initiale questionnait sur sa toxicité.

En réévaluant la fréquence des rapports à risque chez certains patients, le schéma à la demande pouvait s'avérer inadapté selon certains médecins.

L'avantage de ce schéma était perçu comme pouvant être l'alternative à la contrainte d'une prise quotidienne de la PrEP.

Plusieurs médecins soulignaient que les patients sous PrEP avaient des rapports sexuels nombreux et fréquents, qui justifiaient plutôt le schéma en continu.

« Ils sont couverts tout le temps, peu importe et si là y'a une occasion qui se... qui arrive (rires)... qui se... voilà, ils peuvent ils sont déjà couverts quoi. » E10

VIII. Ce que les médecins généralistes craignent avec la PrEP

A. ABANDON DU PRÉSERVATIF ET RECRUESCENCE IST

Les médecins craignaient que les patients abandonnent le préservatif au profit de la PrEP.

« Après, le deuxième inconvénient, on le savait, et 'fin moi je le vois en tous cas chez les patients que je suis euh, déjà qu'ils utilisaient pas beaucoup de préservatifs euh, la plupart euh, c'est plus jamais quoi. » E10

« C'est-à-dire que les mecs (Rires) enfin je parle des mecs... euhh counseling... Donc là, 9/10 et quand je dis 9/10, c'est peut-être 9,5, ils n'utilisent plus le préservatif ! C'est open bar. Voilà. Ils baisent sans préservatif euh, ils... c'est open bar ! » E12

La PrEP pourrait être préférée au préservatif, notamment par sa simplicité d'utilisation.

« Mais enfin si on peut en amont, je, je sais pas ce que les gens vont comprendre et ils vont se dire, bon ben si y'a un médicament on prend une fois et c'est bon. On va pas s'emmerder avec le préservatif quoi. » E4

Ils redoutaient que la PrEP interfère avec la promotion de l'usage du préservatif.

« ça peut au contraire (...) faire marche arrière sur euh, sur le les le la protection systématique par préservatif » E13

La PrEP ne protégeait que du VIH et n'empêchait pas les autres IST.

« Mais euh, euh je pense que, ... le problème du Truvada®, c'est que ça arrête pas la syphilis, ça arrête pas les chlamydiae, ça arrête pas euh tous les autres donc euh » E7

Ceci serait péjoratif vis-à-vis des autres IST.

« Oui enfin, moi je, les mecs sous PrEP, ils ont des IST. Y'en a qui en ont pas, mais y'en a d'autres qui en ont plein. (Rires). Et une, et deux, et trois, et qui se multiplient. Voilà. » E12

L'utilisation d'un médicament qui protégeait contre le VIH ne permettait pas de prise de conscience concernant le port du préservatif pour se protéger des autres IST, qu'ils savaient curables.

« ils connaissent, après ils se protègent pas. Ils savent aussi que ça se traite. » E10

Un médecin notait que l'augmentation des IST était antérieure à la PrEP et concernait l'ensemble de la population. Un autre médecin soulignait qu'à cette époque, les homosexuels utilisaient plus le préservatif que les hétérosexuels.

B. OBSERVANCE ET INDUCTION DE RESISTANCE AU TRAITEMENT DU VIH

Certains médecins soulignaient que le défaut d'observance pouvait être source d'inefficacité et de résistance au traitement.

« L'inconvénient c'est que, (...) ça nécessite quand même que le type soit observant ou la personne soit observante, donc euh, l'inconvénient c'est que ça marche que si on le prend, » E7

« la résistance au Truvada®, y'a une résistance aux antibiotiques, donc un jour elle arrivera, enfin je l'imagine hein. Euhh, le virus il va se démerder pour que ça arrive. » E12

C. ORDALIE ET POURSUITE DES COMPORTEMENTS A RISQUE

Un médecin évoquait que certains comportements sexuels pouvaient être apparentés à l'ordalie.

« l'ordalie c'est le fait que ben, on sait tout ça, mais on n'en a rien à cirer et on fait comme si de rien n'était. Ça s'appelle, l'ordalie c'est un vieux terme moyen âgeux pour dire que c'est Dieu qui tranche et celui qui gagne si on est invincible, voilà c'est l'invincibilité, voilà. » E3

« on est pas dans le rationnel là, on est dans « je m'en fous quoi ». » E7

Les patients leur semblaient inconscients de leurs prises de risques et de la chance d'y avoir échappé. La PrEP pouvait être perçue par les médecins comme pouvant conforter les patients dans cette prise de risque.

« Ben j'm'en fous déjà avant de prendre le comprimé » E7

« le patient se déresponsabilise et, a tendance à se dire, c'est pas grave j'ai la PrEP euh il estime que tout est comment dire acquis, la protection est acquise. Euh ça va pas tomber sur moi mais ça sera le suivant. Euhm, du coup ils ont tendance peut-être ça les rassereine » E2

Un médecin s'inquiétait des réactions des patients au sujet de la PrEP sur les réseaux sociaux, qui apparaissait comme un aboutissement et une délivrance.

« Les mecs on a l'impression qu'on leur a libéré les chaînes quoi, ou qu'on leur a enlevé les menottes ou je sais pas. » E12

D'autres s'inquiétaient que la PrEP puisse débrider les pratiques sexuelles des patients.

« ça serait intéressant d'interroger les patients qui le prennent hein, moi j'pense » E7

L'influence de la PrEP sur les comportements à risques des patients semblait difficile à prévoir, mais ne diminuerait probablement pas leurs prises de risques.

« ils peuvent changer pour des raisons X ou Y, mais qui sont indépendantes du comprimé. Ils peuvent changer parce queeee, tout le monde change mais je pense pas que ça soit la prise du comprimé qui change la donne. » E7

Selon un médecin, la difficulté de la prévention en matière de sexualité résidait dans le fait d'induire des modifications des comportements.

D. BANALISATION DU VIH EN RAISON DE SON NOUVEAU STATUT DE MALADIE CHRONIQUE

D'après eux, la prévention du VIH semblait s'essouffler du fait de son nouveau statut de maladie chronique.

« Euhh avec le temps, heureusement, euh le VIH devient, j'ai plus l'image, d'une maladie, chronique, sous traitement » E8

Au début de l'épidémie, le VIH était perçu comme une maladie rapidement mortelle, entraînant un sentiment d'impuissance de la part de nombreux médecins, particulièrement chez les infectiologues.

« Parce que moi j'ai connu le SIDA au moment où il n'y avait pas de traitement, ça a traumatisé les infectiologues, ils tombaient comme des mouches. Ça a vraiment marqué toute une génération d'ailleurs » E7

Sa représentation aurait également changé pour les patients, qui n'en auraient plus peur et délaisseraient donc le préservatif.

« C'est que depuis que le VIH euh... que les séropositifs vont bien, que ça fait plus peur, qu'on meurt plus du SIDA, que voilà voilà, la protection elle est nulle, chez les jeunes. » E10

Le recours à un médicament préventif d'une infection par le VIH, comme la PrEP, donnait aux médecins généralistes l'impression de renforcer la banalisation du VIH et d'entraîner un sentiment de maîtrise du risque.

« ça rend la maladie un peu banale, me semble-t-il. Je, me semble, puisqu'il y a un médicament, derrière. Oui en amont, oui » E4

« [mon patient] ne passe que par la PrEP, il ne jure que par la PrEP » E2

E. OUBLI DU COUNSELING DANS LA PrEP

Un des médecins insistait sur le fait que la PrEP était définie par l'association du Truvada® et du counseling. Cette prise en charge globale pouvait être négligée, ce qui réduisait la PrEP au Truvada® seul. Il déplorait que la partie counseling puisse être reléguée au second plan de la PrEP ou qu'elle ne soit pas entendue par les patients.

« je fais rarement de pub pour la PrEP, parce que les gens ils entendent « Truvada® ». Ils entendent pas « counseling ». Ils entendent que le Truvada®. » E12

Un médecin généraliste doutait de la part du temps de consultation accordée au counseling durant le suivi de la PrEP, ce qui pourrait remettre en cause son efficacité dans les conditions de vie réelle.

IX. Les freins à la diffusion de la PrEP

A. LA SEXUALITE EST SOUS ABORDEE EN MEDECINE GENERALE

La prévention dans le domaine de la sexualité était perçue comme insuffisamment abordée par la plupart des médecins généralistes. Les contraintes liées au cadre de la consultation comme le manque de temps, la multiplicité des messages à aborder, le motif de consultation ne s'y prêtant pas, ou la priorisation du curatif, attribuaient une place secondaire au travail de prévention du médecin généraliste.

« On va pas tout aborder, tout résoudre, tout expliquer en une consultation, c'est pas possible, c'est pas souhaitable » E3

« c'est rare quelqu'un qui vient pour une angine, je lui parle de ça quoi. C'est un peu déplacé quoi. » E6

« le fait d'être euh, médecin généraliste fait qu'on est souvent pris, euh, plus dans des consultations de soin que dans des consultations de prévention. » E8

Ils faisaient part d'un fatalisme quant à la prévention du VIH, avec l'impression de ne rien avoir à apprendre aux patients, puisque tout était déjà su.

« y a eu tellement de messages que euh voilà on a l'impression que, qu'il y a plus lieu de s'intéresser à ça, bon... » E1

La sexualité et à fortiori, l'homosexualité, étaient des sujets jugés tabous et pour lesquels le médecin généraliste se sentait parfois manquer de compétence pour l'aborder.

Les difficultés à aborder la sexualité en consultation étaient un des freins mis en avant pour arriver à parler de la PrEP.

« Le frein il est à ce niveau, il est difficile de parler de PrEP, si on n'a aucune idée des comportements sexuels de l'interlocuteur que l'on a en face. » E1

Le médecin généraliste n'étant pas au courant de la sexualité de ses patients, il exprimait une gêne réciproque pour l'aborder en consultation.

B. FACTEURS INFLUENÇANT L'ABORD DE LA SEXUALITE

- Caractéristiques du patient

L'abord de la prévention dans le domaine de la sexualité semblait être influencé selon eux par certaines caractéristiques du patient. L'âge, le genre, l'orientation sexuelle, les connaissances préalables du patient, ses pratiques sexuelles ou sa situation amoureuse pouvaient modifier le discours du médecin généraliste.

- Caractéristiques du médecin généraliste

La prévention dans le domaine de la sexualité leur paraissait également influencée par certaines caractéristiques du médecin généraliste, comme son âge, son genre, son orientation sexuelle, son ressenti personnel ou ses domaines de formation.

« 'fin, personnellement je sais pas par quel bout l'attraper, je suis mal à l'aise par rapport à ça je pense euh. » E4

« Ses propres tabous ? Si on en a. C'est à dire, si si si on se sent gêné, on peut pas en parler quoi, voilà. Si on n'est pas gêné euh (lève les épaules)... » E6

« Pfff euhhh... Tout ce qui va être pratiques sexuelles qui sont pas, classiques, où j'ai pas, une connaissance, euhm, extrême. Euhhh, le détail euh, des relations sexuelles homosexuelles je suis pas une experte, le détail des clubs échangistes euh, ch'ui pas experte, euh ce qui va être SM j'y connais franchement rien. Donc c'est c'est cette limite là pour moi de la connaissance, des pratiques, pour euh... » E8

« Donc voilà, je trempe dans le VIH depuis, que je suis tout petit quoi. » E12

- Relation médecin-patient

La relation médecin-patient était également décrite comme étant un facteur influençant l'abord de la prévention dans le domaine de la sexualité. L'ancienneté de la relation médecin-patient pouvait faciliter l'abord de la sexualité avec certains patients. Au contraire, certains

patients leur semblaient préférer cloisonner certaines prises en charge, comme la sexualité, du reste de la médecine générale.

« y'a des gens qu'on connaît depuis qu'ils sont gamins et puis ils ont confiance quoi voilà. (...) y'en a qui sont gênés parce qu'on les connaît, (rire), y'a de tout j'crois. » E7

« ils ont... leur médecin, c'est souvent le médecin de famille, les... voilà, qui les connaisse depuis qu'ils sont plus petits, voilà ils ont pas forcément envie de leur expliquer que en fait là ils se tapent euh, quand ils font des plans à 10, et en se prenant de la drogue, de la 3 mecs, et euh de la coc' toute la nuit. Ils ont pas forcément envie que leur médecin, leur médecin sache ça. » E10

- Motif de consultation

Certains motifs de consultation étaient identifiés comme influençant l'abord de la prévention dans le domaine de la sexualité en médecine générale. Le suivi gynécologique, la contraception, une plainte génitale, les troubles de la fonction érectile, la vaccination, les IST, les certificats de sport, les demandes de bilan biologique ou la PrEP étaient les motifs les plus souvent évoqués.

Lorsque la sexualité était la raison de consultation des patients, il pouvait ne pas s'agir du motif invoqué pour le rendez-vous.

Une première consultation avec un nouveau patient était l'occasion de poser la question de son orientation sexuelle, lors du recueil de l'ensemble de ses antécédents.

« Systématiquement je pose la question sur la sexualité oui. Est-ce que vous avez des rapports sexuels ? Oui, non. Avec des femmes ? Oui, non. Avec des hommes ? Oui, non. (...) Ça passe avec une facilité... incroyable. Incroyable. Les gens s'offusquent pas, ils répondent, ils... sans sans, sans problème. Vraiment. » E12

- Outils pour parler de sexualité

Pour faciliter l'abord de la sexualité, certains outils semblaient plus fréquemment utilisés, comme internet, certains livrets de l'INPES ou des spots d'information. Les structures associatives, comme AIDES, ou le CeGIDD étaient perçus comme des références dans le domaine.

Un médecin mettait à disposition des préservatifs sur son bureau de consultation, ce qui pouvait permettre d'amorcer la discussion.

C. MANQUE DE CONNAISSANCES ET DE COMPETENCES SUR LES MODALITES DE LA PrEP, TROP RECENTE

Les médecins généralistes justifiaient qu'ils ne proposaient pas la PrEP par sa complexité et leur manque de connaissances sur ses modalités.

La PrEP était considérée par certains comme trop récente et nécessitait d'être évaluée avant de pouvoir la diffuser plus largement.

« Euh hmmm, après euh il faut voir ce que ça donne sur euh dix ans, enfin voilà, il faut faut, c'est c'est comme tout nouveau protocole, euh j pense que ça s'évalue » E7

D. EFFETS INDESIRABLES ET INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Selon eux, un des inconvénients de la PrEP était de faire prendre un médicament potentiellement toxique à des patients bien portants.

« Prendre une bithérapie (rires) tous les jours pour des gens qui sont pas malades. Il peut y avoir une toxicité, comme tout euh, voilà. » E10

Les effets indésirables et les interactions médicamenteuses potentiels de la PrEP exigeaient un suivi médical.

Le Truvada® bénéficiait d'un recul important concernant ses effets indésirables, ce qui semblait rassurant.

D'après eux, la poursuite des comportements à risque sous PrEP induisait un maintien du traitement au long cours et exposait ainsi les patients aux potentiels effets indésirables du traitement, pendant une durée prolongée.

« L'inconvénient c'est que euh, qu'est-ce que ça va donner sur une population euh asymptomatique sur dix ou vingt ans. » E7

X. Comment mieux prescrire la PrEP

A. LE KAIROS

Le discours de prévention était incontournable et prioritaire pour le médecin généraliste, qui avait un rôle pivot dans la promotion de la prévention.

« Le discours de prévention il faut que quelqu'un le fasse hein. Euh qu'il soit professionnel, paternaliste euh, euh, pff, sans empathie, avec empathie euh, pour un jeune, pour un vieux, faut

que quelqu'un le fasse et nous on est vraiment le pivot. La la prévention c'est notre rôle number one je pense, nous en tant que médecin généraliste. Que ce soit HIV ou autre. Voilà. » E2

Les médecins jugeaient important de saisir l'instant opportun pour aborder des notions essentielles.

« La consultation médicale c'est l'instant opportun (silence), notion essentielle (il pèse ses mots), c'est à dire que, on est là de temps en temps pour donner un conseil pour donner un avis, les gens on sait pas si on va les revoir; si on les revoit pas, peu importe, il faut être pertinent. C'est le kairós des grecs, tu chercheras, « l'instant opportun », c'est à dire qu'il faut dire une chose signifiante. » E3

B. FORMATIONS

Les médecins généralistes réclamaient des outils pour favoriser et mieux maîtriser la prescription de la PrEP, comme des formations ou des sites internet validés.

C. MIEUX REPERER LES GROUPES A RISQUE

Les médecins généralistes interrogés avaient conscience de la possible existence de patients à risque dans leur patientèle.

« Mais bon après voilà, encore une fois, je connais pas leur vie, par cœur, et c'est vrai que je pose pas la question systématiquement donc euh... Doit y en avoir d'autres. » E4

Pour aborder la sexualité, certains médecins généralistes posaient la question de l'orientation sexuelle sans détour, du nombre de partenaires sexuels et du type de pratiques sexuelles.

Un médecin soulignait que les homosexuels avaient fréquemment plus de deux partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois, et que sur ce seul critère, ils seraient quasiment tous redevables de la PrEP.

« Parce que plus de deux partenaires dans les six mois c'est euh... neuf homos et demi sur 10. (rires) En gros. Parce que je sais pas si la fidélité existe mais (rires) à mon avis l'infidélité est une maladie très répandue ! » E12

Beaucoup de médecins n'identifiaient pas ou peu de patients redevables de la PrEP dans leurs patientèles, potentiellement en lien avec une méconnaissance des comportements à risque. Ils s'accordaient pour essayer de progresser sur le repérage des groupes à risque pour le VIH, afin de leur proposer ce nouveau moyen de prévention.

« Euh je pense qu'on dépiste pas tous les groupes à risque » E7

D. FAIRE LE CHOIX ADAPTE A CHAQUE PATIENT

La prévention nécessitait un échange avec l'investissement du médecin généraliste et du patient.

« c'est à dire souvent on tend des perches, et les gens prennent ou prennent pas » E7

La PrEP pouvait être identifiée comme une occasion supplémentaire de signaler au patient que l'on pouvait aborder sa sexualité sans tabou et sans jugement, afin d'adapter individuellement sa prise en charge.

La prescription de la PrEP devait impliquer de s'assurer de sa bonne indication et de la bonne compréhension du patient. Selon eux, le choix du schéma devait être adapté à chaque patient. Elle s'envisageait au cas par cas, selon la sexualité de la personne et reflétait un bon exemple de prise en charge individualisée.

Le rôle du médecin généraliste était d'informer, de proposer la PrEP et de laisser le libre choix au patient, qui restait d'après eux l'acteur principal de sa santé.

« Après euh, le principe c'est que les, chaque personne est acteur de sa propre vie et de sa propre santé et il choisit. Ils passent la porte et leur vie leur appartient. » E8

E. METTRE DE COTE SES CONVICTIONS PERSONNELLES

Il leur semblait préférable d'accompagner le patient plutôt que de le moraliser, pour permettre l'adhésion au projet de soin.

« On leur dit pas, et sans avoir un jugement moral, sans leur dire il faut que vous vous achetiez une conduite il faut que vous arrêtiez de vous envoyer en l'air avec n'importe qui n'importe comment, et il faut mieux accompagner » E3

Le rôle du médecin n'était pas de juger les comportements ou la pertinence de la PrEP.

Les convictions personnelles du médecin ne devaient pas entraver les possibilités thérapeutiques à proposer, même si la PrEP avait pu déstabiliser initialement les médecins généralistes.

« mais, ma réaction première instinctive je me suis posé la question, pour être tout à fait honnête. » E7

Ils recommandaient de diminuer leurs préjugés en tant que médecin pour accéder aux problèmes et ses solutions.

« Mais bon, à nous de d'essayer de, de leur proposer après ils font, ils disposent hein, nous on, on propose hein. » E9

Il semblait nécessaire aux médecins de se remettre en question pour rester pertinent dans leurs prises en charge et garder à l'esprit que les évidences médicales ne l'étaient pas forcément pour les patients.

DISCUSSION

➤ Forces et limites de l'étude

A. FORCES DE L'ETUDE

La principale force de ce travail de recherche réside dans le caractère actuel du sujet. L'absence de travaux qualitatifs évaluant le retour des médecins concernant la PrEP en France contribue à l'intérêt de cette étude. Ce travail a permis en parallèle d'informer les médecins généralistes interrogés et de susciter de l'intérêt pour continuer de se former dans ce domaine.

L'échantillon de participants comportait des profils variés, qui ont permis d'atteindre une saturation théorique des données. Quelle que soit la durée des entretiens et le niveau de connaissance préalable des participants concernant le sujet, la technique de l'entretien semi-dirigé permettait d'obtenir le plus de données possibles en s'adaptant à chaque interlocuteur.

La méthode d'analyse qualitative était la plus pertinente pour recueillir les perceptions des médecins concernant cet outil de prévention, puisqu'elle vise à enregistrer le discours du participant en l'orientant le moins possible puis à en extraire les données.

La validité interne de l'étude était assurée par la triangulation des données et l'application du principe de réflexivité.

L'avis d'experts qualifiés dans le domaine du VIH assurait une évolution du travail en ayant un regard critique sur les résultats et garantissait la validité externe de l'étude.

B. LIMITES DE L'ETUDE

Il s'agissait du premier travail de recherche qualitative pour chacune des chercheuses, qui n'avaient pas d'expérience dans les entretiens semi-dirigés. La durée d'inclusion des médecins interviewés s'est étalée de juillet 2018 à juin 2019, notamment en raison de difficultés de recrutement.

L'absence d'avis négatif concernant la PrEP, contrairement à ce que les hypothèses initiales laissaient supposer, pourrait suggérer que l'échantillon de participants n'était pas assez large ou représentatif de l'ensemble des médecins généralistes. Il pourrait également s'agir d'un résultat à part entière, où les médecins généralistes ne désapprouveraient pas la PrEP.

➤ Discussion des résultats

I. La PrEP c'est bien

A. UN NOUVEL OUTIL DE PREVENTION DU VIH

Les médecins généralistes interrogés étaient favorables à la PrEP comme nouvel outil de prévention du VIH. Elle permettrait de diminuer le nombre de nouvelles contaminations par le VIH et les conséquences de la maladie.

Dans l'essai IPERGAY, avec une réduction du risque relatif de 86% ⁽⁶⁰⁾, le NNT annuel était de 17,6 ⁽⁶¹⁾.

L'enthousiasme de certains pouvait traduire un espoir d'éradication de la maladie, si elle pouvait être diffusée et accessible au monde entier.

La PrEP a actuellement l'AMM dans 5 pays d'Europe : la France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni ; mais elle n'est prise en charge financièrement qu'en France ⁽⁶²⁾.

Dans certaines villes du monde où elle est largement diffusée, elle permet l'infléchissement du nombre de nouvelles contaminations par le VIH. En comparant le nombre de patients sous PrEP par rapport au nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH en 2017, la France est en retard par rapport aux États-Unis et à l'Australie, avec des ratios de 1,3/1, 5,6/1 et 13/1, respectivement ⁽⁶³⁾.

Elle offre un bénéfice de protection contre le VIH chez les patients s'exposant à un risque, qui sont en demande de nouveaux moyens de protection. Ils sont également très informés sur les moyens disponibles, parfois plus que les médecins. Les HSH sous PrEP regrettent que l'information des professionnels de premier recours et les campagnes grand public soient peu claires ⁽⁶⁴⁾.

Lorsqu'on interroge les HSH, ils préféreraient une forme injectable à action prolongée, plutôt qu'une forme orale ⁽⁶⁵⁾, à condition d'une efficacité identique. Le cabotegravir est actuellement en cours d'étude pour la PrEP par voie injectable intramusculaire (HPTN 083/084) ⁽⁵⁰⁾⁽⁶⁶⁾.

Ils s'accordaient pour dire que la balance bénéfice-risque de ce traitement était favorable chez les patients ne voulant pas utiliser le préservatif ou pour lesquels il n'était pas

suffisant. Ils nuancèrent leurs propos en insistant sur le fait que la PrEP ne protégeait que du VIH et pas des autres IST.

B. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PREVENTION

Les médecins généralistes ne prescrivant pas déjà la PrEP, se projetaient dans le parcours d'orientation et d'accès des patients à la PrEP. Le médecin généraliste en soins premiers ayant un rôle central dans les stratégies de prévention, celui-ci devait pouvoir utiliser tous les moyens mis à sa disposition pour prévenir de nouvelles contaminations par le VIH. La prévention occupe une place de plus en plus importante en médecine générale. Celle-ci est à privilégier pour éviter de nouveaux cas de maladies potentiellement évitables.

La validation scientifique de la PrEP encourageait et rassurait les médecins généralistes pour envisager sa prescription. Ils soulignaient que la PrEP étant disponible en officine et ne nécessitant pas une demande d'ALD préalable, cela n'était pas un frein administratif ou logistique à sa diffusion en médecine de ville.

Les pratiques sexuelles à risque étant réévaluées à chaque renouvellement de traitement, les modalités de la PrEP sont rediscutées et adaptées tous les trimestres, selon les besoins du patient. La sensibilisation des patients aux IST, via les dépistages réguliers et leur éventuel traitement en cas de recherche positive, faisait espérer aux médecins que les patients puissent modifier leurs comportements à risque.

II. Le préservatif avant la PrEP

Pour tous les médecins généralistes interrogés, le préservatif devait rester au centre de la prévention du VIH. Il s'agit d'un moyen de prévention simple et efficace, à condition de savoir l'utiliser et d'y avoir recours. Le médecin généraliste devait prendre du temps pour expliquer et réexpliquer sa technique et ses modalités d'utilisation pour permettre l'adhésion des patients. Il fallait également défaire les idées reçues face à la représentation que les gens pouvaient avoir du préservatif. Le jugement d'autrui ne devait pas entraver son utilisation.

L'usage du préservatif lors des rapports sexuels anaux est limité et en baisse chez les HSH, et ce de manière antérieure à la PrEP. En 2011, l'enquête presse gays et lesbiennes relevait un recours systématique au préservatif lors des rapports sexuels anaux dans 58,5 % des cas chez les HSH séronégatifs et dans 39,6 % des cas chez les séro-interrogatifs et non testés ⁽⁶⁷⁾. Depuis 1997, l'utilisation systématique du préservatif ne cesse de diminuer, et ce

quel que soit le statut sérologique des répondants. Elle est passée de 68 % en 1997 à 47 % en 2011 ⁽⁶⁷⁾.

On constate la même tendance dans la population générale. En 2010, les enquêtes KABP sur l'évolution de l'utilisation du préservatif en population générale en France montraient le plus faible niveau d'utilisation du préservatif depuis les deux dernières décennies ⁽⁶⁸⁾. 18,5 % des hommes et 13 % des femmes déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ⁽⁶⁸⁾.

Tableau 2 Évolution de l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel selon le sexe. Enquêtes KABP, France métropolitaine, 1994-2010 / Table 2 Trends in condom use at last intercourse according to sex, KABP surveys, metropolitan France, 1994-2010

Année d'enquête	1994	1998	2001	2004	2010
Hommes (18-54 ans)					
%	21,5	22,9	21,6	24,1	18,5
OR ajusté ¹ [IC95%]	1,3 [0,9-1,7]	1,4 [1,1-1,9]	1,3 [1,0-1,6]	1,6 [1,3-1,9]	1
Femmes (18-54 ans)					
%	17,4	17,2	18,3	16,5	13,0
OR ajusté [IC95%]	1,5 [1,1-2,0]	1,6 [1,2-2,1]	1,7 [1,4-2,1]	1,5 [1,2-1,8]	1

Champ : hommes et femmes âgés de 18-54 ans ayant eu un rapport sexuel dans les 12 derniers mois avec une personne de sexe opposé. Effectifs : hommes n=467 en 1994, n=772 en 1998, n=1 281 en 2001, n=1 433 en 2004 et n=2 841 en 2010 ; femmes n=598 en 1994, n=780 en 1998, n=1 659 en 2001, n=1 775 en 2004 et n=3 253 en 2010.
Légende : OR : odds ratios ; IC : intervalle de confiance.
Aide à la lecture : 34,0% des hommes âgés de 18 à 30 ans déclaraient en 2010 avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.
¹ Variables d'ajustement : classe d'âge, niveau de diplôme, vie en couple et année d'enquête.

Cette stratégie, disponible depuis des années, ne semble plus suffisante à elle seule pour enrayer l'épidémie du VIH.

Le préservatif est cité comme devant incarner la prévention du VIH. Parler du préservatif suppose d'aborder la sexualité, or beaucoup d'obstacles s'y opposent.

Le délai de transmission des IST et les modalités des tests de dépistage faisaient partie des sujets à aborder.

Il était nécessaire d'insister sur le fait que seul le préservatif protège contre les IST. Il est efficace et dénué d'effets indésirables, contrairement à la PrEP, qui ne devait pas s'y substituer. Leur association devait permettre d'optimiser la couverture contre le VIH.

Le coût du préservatif reste malgré tout inférieur à celui de la PrEP, en valeur absolue. Jusqu'en janvier 2019, l'achat des préservatifs était à la charge de l'utilisateur alors que la PrEP est intégralement prise en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Le remboursement récent des préservatifs sur prescription médicale permet que le coût ne soit plus un frein à leur utilisation ⁽⁶⁹⁾.

III. La population cible de la PrEP est adaptée et ne doit pas être élargie

D'un point de vue épidémiologique, les médecins généralistes identifiaient bien les populations les plus à risque pour le VIH, mais avaient du mal à les repérer dans leurs patientèles.

Les deux groupes les plus touchés par le VIH sont les HSH et les hétérosexuels nés à l'étranger (dont les 3/4 sont nés dans un pays d'Afrique subsaharienne). Ils représentaient respectivement 45 % et 38 % des découvertes d'infection par le VIH entre 2017-2018, de manière stable depuis 2015 ⁽⁷⁰⁾. Les rapports homosexuels masculins sont le mode de contamination le plus fréquent ⁽⁷¹⁾.

En 2016 en France, la prévalence du VIH chez les HSH était de 17,7 ⁽⁵⁾. Chez les travailleurs du sexe, le risque d'être infecté par le VIH est estimé à 13,5 fois supérieur à celui de la population générale ⁽⁶⁾.

Ils précisait que certains HSH étaient particulièrement sensibilisés aux dépistages réguliers, aux méthodes préventives du VIH et étaient acteurs de leur santé sexuelle. Tous les HSH ne devaient pas être systématiquement considérés à risque puisque tous ne répondaient pas aux critères de la PrEP.

L'expert sociologue souligne que la notion de groupe à risque est erronée puisque l'homosexualité à elle seule n'est pas un facteur de risque. Les populations ciblées par la PrEP sont définies à partir des indicateurs épidémiologiques ainsi que par l'orientation politique publique de santé, alors qu'il faudrait raisonner en termes de pratique et de prise de risque individualisées.

Les comportements à risques représentés par un nombre de partenaires sexuels « important » et l'absence d'utilisation de préservatif étaient relevés par les médecins pour pouvoir bénéficier de la PrEP.

La gradation du risque en fonction du nombre de partenaires n'a pas lieu d'être. Avoir plusieurs partenaires n'est pas un facteur de risque mais est un facteur épidémiologique associé.

Certains hétérosexuels pourraient justifier d'un recours à la PrEP, du fait de leurs pratiques sexuelles à risque, alors qu'ils n'appartiennent pas à une population considérée à risque d'un point de vue épidémiologique. Les médecins interrogés souhaitaient pouvoir élargir la population cible de la PrEP à ceux-là.

Dans le cadre actuel des indications de la HAS, il est déjà possible de la leur prescrire ⁽⁷²⁾.

À l'inverse, l'accessibilité de la PrEP pour la population générale ne semblait pas adaptée. La sexualité plus « classique » de la population générale était considérée comme moins à risque de contamination par le VIH. Le préservatif doit rester le moyen de prévention privilégié pour la population générale, puisqu'il est coût-efficace et dépourvu d'effet indésirable. Il est le seul moyen de lutte contre toutes les IST. Rendre accessible la PrEP à la population générale faisait craindre aux médecins interrogés un relâchement de son utilisation et une recrudescence des IST. Cela n'encourageait pas à généraliser la PrEP pour tous.

La PrEP comprend une prise médicamenteuse, avec des effets indésirables et des interactions médicamenteuses potentiels. Il ne semble pas acceptable d'exposer une population n'ayant pas de pratiques sexuelles à risque à des effets adverses.

Même si le préservatif a tendance à être délaissé, y compris en population générale, le taux de contamination par le VIH reste proportionnellement inférieur à celui de la population cible.

L'incidence du VIH est en augmentation chez les HSH ⁽⁴⁾. La prévalence des séropositifs chez les HSH serait supérieure à 1 % dans toutes les régions du monde, et systématiquement plus élevée que dans la population générale ⁽⁶⁾.

Il est nécessaire de renforcer la prévention du VIH avec les moyens déjà disponibles (counseling et préservatif) et envisager d'utiliser les nouveaux.

En France, dans le climat actuel de méfiance vis-à-vis des nouveautés thérapeutiques préventive, la généralisation de la PrEP pourrait être un nouveau sujet de controverse.

IV. Le médecin généraliste n'est pas au cœur de cette stratégie de prévention

Peu de médecins semblaient en mesure de renouveler la PrEP, du fait d'un manque de connaissances.

Dans le cadre d'une étude quantitative annexe à ce travail de thèse, nous avons pu mettre en évidence un important pourcentage de médecins n'ayant jamais entendu parler de la PrEP.

Parmi les 59 % (55 médecins) déclarant en avoir entendu parler, seuls 10 d'entre eux attestaient avoir eu une formation à ce sujet, par le biais de formations médicales continues

(2), de littérature ou de revue (5), de recherche personnelle (3), ou encore de stage au CDAG (1), ou d'information par un organisme d'éducation à la santé (1). 94 % désiraient avoir plus d'informations à la fin du questionnaire.

Quant à la notion d'avoir des patients sous PrEP, 72,7 % (40) déclaraient n'en avoir aucun, 16,4 % (9) ne savaient pas, et 10,9 % (6) en avaient (moins de 5 patients sous PrEP pour 5 d'entre eux et entre 5 et 10 pour l'autre).

Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées pour expliquer cela.

Pour commencer, on peut évoquer la mauvaise diffusion de l'information par les autorités d'un traitement ayant fait sa preuve d'efficacité en termes de réduction du risque d'infection par le VIH.

Dans l'étude quantitative évoquée précédemment, 41% des médecins interrogés n'avaient jamais entendu parler de la PrEP.

Début 2018, sur 96 médecins généralistes de la Seine-Saint-Denis interrogés par questionnaire anonyme envoyé par courriel, 65 % avaient déjà entendu parler de la PrEP. 50 % des médecins généralistes recommandaient la PrEP à leur patient et 4 % ne la recommandaient pas. 19 % savaient qu'ils pouvaient la prescrire ⁽⁵⁶⁾.

Ensuite, la prescription initiale hospitalière semble favoriser un certain désinvestissement du médecin généraliste. Il se sent exclu de la prise en charge qui le plus souvent est poursuivie en milieu hospitalier, notamment par le choix du patient, qui préfère cloisonner le suivi de sa santé sexuelle du reste des champs de la médecine générale. Le médecin traitant n'est que rarement informé du suivi de son patient pour la PrEP, que ce soit par manque de communication de la part du service hospitalier ou par choix délibéré du patient. Celui-ci peut également omettre de mentionner la prise de ce traitement, s'il n'en mesure pas la pertinence.

Aujourd'hui certains centres prescripteurs sont engorgés et les délais de premier rendez-vous s'allongent, ce qui peut ralentir l'accès à la PrEP. Si les médecins généralistes sont mieux informés, ils pourraient proposer une information préalable et le bilan initial requis (sans oublier les sérologies hépatite A (VHA) et hépatite B (VHB), pour envisager une éventuelle vaccination), pour accéder à la PrEP. Ceci permettrait de préparer la première consultation hospitalière et d'éviter un nouveau report du fait de l'attente de ces résultats. À l'issue de la consultation hospitalière, un courrier de liaison pourrait permettre d'assurer le suivi en libéral. Le suivi hospitalier pourrait alors se limiter à une visite annuelle, en l'absence d'évènement intercurrent.

Les moyens mis à disposition concernant le suivi en libéral doivent intégrer la possibilité de réaliser l'ensemble des examens en laboratoire de ville. À l'heure actuelle, il semblerait que le dépistage des IST des sites « gorge et anus » ne possède pas de nomenclature permettant leur cotation en laboratoire de ville, s'ils sont réalisés en même temps que le dépistage sur prélèvement urinaire. Cette contrainte temporelle freine la mise en place du dépistage et du suivi en ville. Le patient devrait se soumettre à un dépistage de chaque site étalé sur trois jours, à moins que le laboratoire n'accepte de différer les cotations.

Enfin, le repérage des populations ayant des pratiques à risque par les médecins généralistes semble ne pas être aisé. Il nécessite d'aborder la sexualité avec ses patients, ce qui représente un frein supplémentaire⁽⁵⁷⁾. Le lieu d'exercice du médecin généraliste semble influencer son ressenti concernant les profils de patients prenant des risques dans leur sexualité. Ils semblent se sentir moins concernés à la campagne et sous-entendent que les « HSH à risque » vivent davantage en milieu urbain.

Au vu du temps de consultation que cela nécessite, cela pose la question de l'organisation pour encourager le médecin généraliste à faire de la prévention.

V. La PrEP vaut le coût

Les médecins s'accordaient pour dire que le coût de la PrEP n'était pas négligeable mais restait avantageux comparé à celui d'une vie avec le VIH. Les études de coût confirment cette hypothèse⁽⁷³⁾, d'autant plus que le coût des génériques diminue.

Le coût de la PrEP à la demande s'est avéré intéressant en France, si la durée d'exposition reste inférieure à 13 ans, au prix des génériques au moment de l'étude⁽⁷⁴⁾.

Pour le médecin généraliste, la question du coût dans le choix d'un traitement ne doit intervenir que lorsqu'il existe des alternatives moins chères et aussi efficaces. Il doit utiliser tous les moyens à disposition, avec pour seule préoccupation l'intérêt du patient.

La prise en charge financière par la CPAM d'un traitement préventif fait débat.

L'exposition individuelle et délibérée à un risque dans le cas des pratiques sexuelles posait la question de la prise en charge financière collective.

On pourrait faire le parallèle avec le tabagisme. La prise en charge à 65 % par l'assurance maladie des traitements nicotiques de substitution depuis le 1^{er} Janvier 2019 vise à faciliter le sevrage chez un plus grand nombre⁽⁷⁵⁾. Elle permet d'éliminer le frein du coût de ce traitement, évalué comme efficace.

Paradoxalement, les stratégies préventives ne sont pas toujours favorisées.

Les certificats d'absence de contre-indication au sport nécessitant un examen complet et parfois la réalisation d'un ECG sont théoriquement à la charge du patient alors que la pratique d'une activité physique régulière est recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) ⁽⁷⁶⁾.

Enfin, la vaccination dans le cadre d'un voyage est à la charge du patient. À l'inverse lorsqu'il s'agit d'une exposition professionnelle ou pour une population considérée à risque, elle est prise en charge par la société. La vaccination contre la rage ou contre l'hépatite A en sont des exemples.

Le coût de la PrEP, s'il devait être assumé individuellement, limiterait son accès et l'étendue de son impact sur la réduction du nombre de nouvelles contaminations par le VIH.

À plus longue échéance, la diminution du coût de la PrEP pourrait permettre de la diffuser au niveau mondial et en faire bénéficier le plus grand nombre.

VI. À la demande, pas pour tous

Le schéma à la demande nécessite d'anticiper une prise de risque sexuel. Les médecins généralistes s'interrogeaient sur la capacité des patients sous PrEP à la demande à planifier une prise de risque et à être rigoureux dans l'observance du schéma, pour garantir son efficacité. La double dose initiale doit se prendre au moins 2h avant un rapport à risque et être suivie d'une prise toutes les 24h, +/- 2h, pendant 48h après le dernier rapport à risque. Cette fenêtre étroite conditionne l'efficacité de la PrEP. Son applicabilité en situation de vie réelle questionne.

Un expert infectiologue rapporte l'utilisation relativement fréquente de ce schéma. Les rapports et les rencontres sont planifiés via des sites de rencontre, ce qui permet au patient d'anticiper les prises de risque en matière de sexualité. Il est nécessaire de s'assurer de la bonne compréhension du schéma par le patient. Si son respect semble compromis, le patient est encouragé à prendre la PrEP en continu.

Ce schéma peut être avantageux pour une prise de risque ponctuelle et permet d'avoir une efficacité rapide avec un nombre de comprimés limité. Cependant elle nécessite une double dose initiale, qui peut entraîner une plus grande toxicité rénale. Cela reste très relatif selon un des experts infectiologue, puisque le Truvada® n'entraîne que rarement des tubulopathies, et sa toxicité est temps d'exposition dépendante.

La pratique du chemsex peut altérer l'état de conscience et entraver le schéma de prise. Ces pratiques mêlent sexe et usage de drogues, et peuvent entraîner une désinhibition et parfois altérer l'état de conscience du participant.

Le risque de contamination par l'hépatite B chez les patients non vaccinés ou non immunisés pourrait orienter vers la prescription d'un schéma en continu.

Certains infectiologues estiment que les pratiques sexuelles à risque rendent difficile l'anticipation que requiert le schéma à la demande, et privilégient la prescription d'un schéma continu, au moins initialement.

Certains patients avancent que la prise de la PrEP par un partenaire sexuel peut faire considérer le rapport comme non à risque de contamination par le VIH. Les infectiologues pondèrent cette affirmation en soulignant que cela nécessite une bonne observance. La PrEP prise par un individu lui permet de maîtriser lui-même le risque auquel il s'expose, sans dépendre de son partenaire.

Le choix du schéma le plus adapté repose sur l'évaluation de l'expert infectiologue ou prescripteur, en concertation avec le patient. Le risque en matière de sexualité est évalué de manière individuelle, en fonction des pratiques du patient et de sa bonne compréhension pour assurer une bonne observance, gage de l'efficacité de la PrEP.

VII. Les craintes de la PrEP

A. ABANDON DU PRESERVATIF ET INCIDENCE STABLE OU AUGMENTATION MODEREE DES IST

Les médecins craignaient qu'avec la PrEP les patients abandonnent le préservatif et qu'on assiste à une recrudescence des IST.

L'avis d'un des experts infectiologues relate qu'il existe une variabilité de profils des personnes en demande de la PrEP. Certains ont des conduites à risque, sans utiliser le préservatif et la PrEP représente leur unique barrière contre le VIH. D'autres envisagent la PrEP pour compléter leur protection contre le VIH et accéder ainsi au « safer sex ». Globalement, on observe une tendance à la diminution d'utilisation du préservatif mais sans changement radical de sexualité ⁽⁷⁷⁾. Le fait de ne pas l'utiliser était lié au contexte : connaissance du partenaire, partenaire sous PrEP ou antirétroviraux.

L'expert constate une stabilité du taux d'IST entre avant l'initiation de la PrEP et au cours du suivi. Le suivi trimestriel de la PrEP permet un dépistage plus régulier des IST et leur

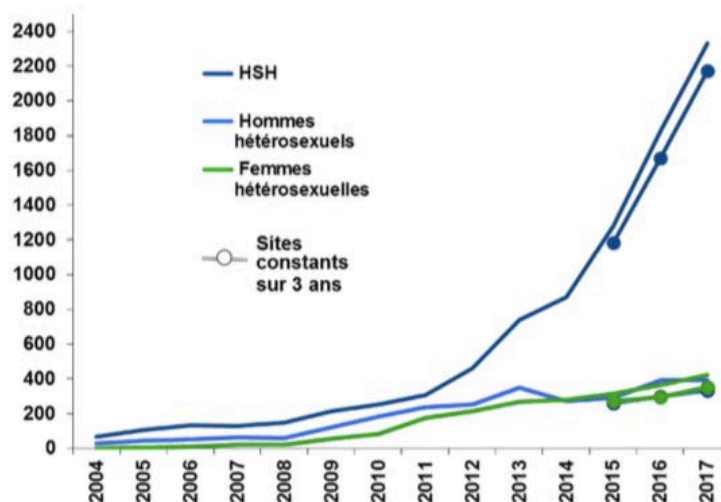
traitement. Cela permet de limiter la propagation des IST au sein des groupes ayant des pratiques à risque.

Entre novembre 2015 et avril 2017, une étude de cohorte prospective ouverte et unicentrique à Paris, a recruté 1 049 personnes à haut risque d'infection pour le VIH pour recevoir la PrEP, la plupart étaient des HSH. 14,6 % d'entre eux avaient une IST à l'inclusion et 53,3 % n'utilisaient pas de préservatif ⁽⁷⁸⁾. Sur 486 personnes-années de suivi, le taux de rapports sexuels non protégés est passé de 53,3 % au départ à 79 % et le taux des IST de 14,6 % à 19,2 % ⁽⁷⁸⁾.

La tendance à l'augmentation des IST s'observe déjà depuis les années 2000 ⁽⁷⁹⁾. Celle-ci ne concerne pas que les HSH et est antérieure à la PrEP. Entre 2014 et 2016, on constatait une augmentation de 10 % d'IST chez les 15-24 ans et chez les populations vulnérables ⁽⁸⁰⁾.

Le nombre d'infections à gonocoque continue d'augmenter, avec + 70 % entre 2015 et 2017 (données RésiST, Figure 2) ⁽⁷⁰⁾. L'augmentation est plus marquée chez les HSH (+ 84 % sur la même période) comparativement aux hétérosexuels (+ 29 %) ⁽⁷⁰⁾. Les HSH représentaient 69 % des cas rapportés en 2016 ⁽⁸¹⁾.

Figure 1 Evolution du nombre de diagnostics d'infection à gonocoque, France, 2004-2017



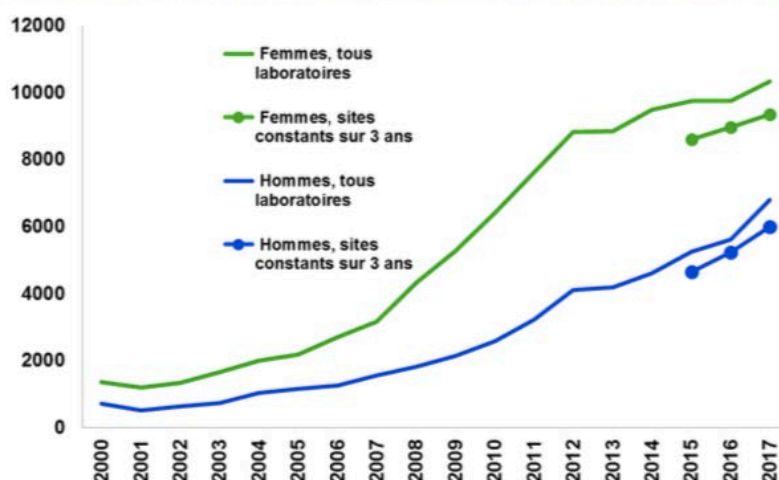
Source : Réseau RésiST, SpFrance

NB : le nombre de sites participant aux réseaux de surveillance pouvant fluctuer au cours du temps, il est important d'analyser les tendances à sites constants sur les années récentes.

Le nombre d'infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* continue également d'augmenter, de manière plus modérée, avec + 15 % entre 2015 et 2017 (données Rénachla, Figure 3) ⁽⁷⁰⁾. 63 % des cas rapportés en 2016 concernent des femmes, en majorité âgées de 15 à 24 ans ⁽⁸¹⁾.

Le nombre d'infections ano-rectales à *Chlamydia trachomatis* était également en augmentation en 2016, dont plus de 90 % des cas concernaient des HSH ⁽⁸¹⁾.

Figure 2 Evolution du nombre de diagnostics d'infection à *Chlamydia*, France, 2000-2017



Source : Réseau Rénachla, SpFrance

Concernant la syphilis récente, le nombre de diagnostics est resté stable entre 2015 et 2017, quelle que soit l'orientation sexuelle ⁽⁷⁰⁾. Les HSH représentaient 81 % des cas rapportés en 2016 ⁽⁸¹⁾.

Concernant les HSH, en 2016, on constatait une poursuite de la progression du nombre d'infections à gonocoque et d'infections ano-rectales à *Chlamydia trachomatis* ⁽⁸¹⁾. Par contre, le nombre de cas de syphilis diagnostiqués en CeGIDD dans cette population n'augmentait pas ⁽⁸¹⁾.

L'autre expert infectiologue relatait une augmentation des IST directement corrélée avec la pratique du Chemsex. Ses pratiquants semblent banaliser ce type de pratiques en rapportant qu'elles sont maîtrisées, et sur une courte durée.

Cette augmentation n'était pas directement imputable à la PrEP, mais également aux différents moyens de prévention contre le VIH (TasP), qui pouvaient diminuer l'utilisation du préservatif du fait d'une nouvelle liberté que peuvent permettre la PrEP ou la trithérapie. Aux États-Unis, l'utilisation de la PrEP a été associée à une augmentation des IST ⁽⁸²⁾.

B. L'OBSERVANCE CONDITIONNE L'EFFICACITE ET L'ABSENCE D'INDUCTION DE RESISTANCE AU TRAITEMENT DU VIH

Le défaut d'observance pourrait être source d'inefficacité et de résistance au traitement.

L'efficacité est corrélée aux concentrations plasmatiques d'antirétroviraux.

Dans l'essai iPrEx la réduction du risque relatif d'infection par le VIH en ITT (Intention To Treat) était de 44 %⁽⁸³⁾. Celle-ci pouvait aller jusqu'à 92 % lorsqu'elle était associée à une détection positive de TDF/FTC dans le sang⁽⁸³⁾.

L'essai PARTNERS PrEP s'est intéressé aux couples hétérosexuels sérodifférents. La réduction du risque relatif d'infection par le VIH sous Truvada® était de 75 %⁽¹⁷⁾. Celle-ci pouvait atteindre 90 % si le TDF/FTC était détectable dans le sang⁽¹⁷⁾.

Dans l'essai TDF2, qui s'est également intéressé aux hétérosexuels, la réduction du risque relatif d'infection par le VIH était de 63 %⁽¹²⁾. Chez les patients ayant déclaré avoir pris le médicament pendant les 30 derniers jours, elle pouvait atteindre 78 %⁽¹²⁾.

Une étude qualitative auprès de 30 hommes utilisateurs de PrEP relevait que les facteurs liés à une faible observance étaient les changements de routine, l'usage d'alcool et de méthamphétamines⁽⁷⁷⁾.

En France, aucune mutation associée à la résistance au TDF ou à la FTC n'a été identifiée chez les personnes sous PrEP qui ont contracté le VIH.

L'utilisation intermittente de la PrEP pourrait entraîner des doses variables de médicaments, créant un environnement avec une pression sélective en faveur d'émergence de résistance aux médicaments⁽⁸⁴⁾.

Au cours de l'essai ANRS IPERGAY, 31 participants ont été diagnostiqués pour une infection par le VIH-1 : 12 avant de débiter la PrEP puis, 6 dans le groupe TDF/FTC et 13 dans le groupe placebo. La résistance aux médicaments a été testée chez eux. Une résistance primaire aux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (zidovudine) et/ou aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse a été détectée chez 6 participants. Aucune résistance à la TDF ou à la FTC n'a été détectée⁽⁸⁴⁾.

Cela pouvait s'expliquer par le fait que le TDF/FTC n'avait pas été initié pendant la séroconversion au VIH^{(84) (85) (86)}.

C. PAS DE MODIFICATION DES COMPORTEMENTS A RISQUE

Les médecins craignaient que la PrEP ne diminue pas la prise de risque des patients qui la prennent, voire l'augmente.

Aux États-Unis, il a été constaté que la PrEP pouvait engendrer un sentiment de liberté à son initiation (« honeymoon period »), qui semblait s'éteindre après l'apparition d'une ou deux IST ⁽⁷⁷⁾.

Dans l'essai IPERGAY, il n'a pas été observé de modification des pratiques sexuelles ⁽⁶⁰⁾, ni dans les études réalisées à partir de ses participants ⁽⁸⁷⁾.

Un des experts souligne que certains patients utilisateurs du préservatif expriment un sentiment d'exclusion s'ils ne prennent pas la PrEP. La notification de son statut sérologique concernant le VIH et de la prise ou non d'un traitement préventif ou curatif contre le VIH permet aux utilisateurs de certaines applications de rencontre de sélectionner les personnes avec qui ils peuvent avoir des rapports sexuels sans préservatifs.

D. BANALISATION DU VIH EN RAISON DE SON NOUVEAU STATUT DE MALADIE CHRONIQUE

La représentation du VIH a évolué depuis le début de l'épidémie. L'avènement des trithérapies antirétrovirales a permis l'amélioration de la qualité de vie des patients séropositifs pour le VIH et de lui conférer le statut de maladie chronique. L'infection par le VIH ne fait plus peur et la prévention s'essouffle. L'apparition d'un traitement préventif comme la PrEP pourrait aggraver la banalisation du VIH.

En pratique, la prise d'un comprimé quotidien pourrait sembler plus simple que de recourir au préservatif pour les utilisateurs.

Les experts s'accordent pour dire que la PrEP apporte un nouveau souffle dans la prévention du VIH. Son bénéfice sur la réduction du risque de contamination par le VIH dans les populations s'y exposant le plus, par leurs comportements à risque, reste nettement favorable à la poursuite de son utilisation.

VIII. Comment mieux prescrire la PrEP

A. NE PAS OUBLIER LE COUNSELING DANS LA PREP

La mise en place d'un comprimé efficace pourrait dispenser, à tort, des autres mesures préventives, puisqu'elles semblent être progressivement abandonnées. Or, l'efficacité de la PrEP réside dans l'association d'un traitement médicamenteux, le Truvada®, et du counseling. Le manque d'une des deux parties remettrait en cause sa pertinence.

Le counseling est chronophage et requiert des compétences pour aborder la sexualité. Cela peut être parfois difficile à mettre en œuvre en consultation de médecine générale. Les médecins généralistes déploreraient que la sexualité soit insuffisamment abordée en consultation. Ils identifiaient plusieurs raisons organisationnelles, difficilement modifiables, et remettaient en cause leurs compétences personnelles, améliorables.

La clé de voute du counseling réside dans l'abord de la sexualité. L'organisation de dépistages réguliers et plus fréquents amène à responsabiliser le patient. L'entretien long préalable à l'initiation de la PrEP doit insister sur la nécessité absolue d'une séronégativité pour le VIH lors de la prise de ce traitement, d'une observance régulière et assidue, ainsi que sur le fait qu'il s'agit d'un bouclier supplémentaire contre le VIH, mais non efficace contre les autres IST.

Les experts infectiologues signalent des temps de première consultation longs, afin d'expliquer au patient les enjeux de la PrEP et de s'assurer de leur bonne compréhension. Le patient est acteur de sa santé et est incité à reformuler les éléments gageant de l'efficacité de la PrEP pour s'assurer qu'ils soient maîtrisés avant de débiter cette prophylaxie. Des guides complets sur les différents schémas et modalités du suivi leur sont transmis.

B. ENTREPRENDRE DE PARLER DE SEXUALITE

Parler de sexualité peut être inconfortable pour les deux parties, quelle que soit leur place vis-à-vis du bureau. Le médecin doit savoir s'adapter au patient, selon son âge, son genre et sa vie sexuelle. Les questions à aborder sont celles de l'orientation sexuelle, du nombre de partenaires et des pratiques sexuelles, sans que le médecin ne se fie à ses acquis ou aprioris. L'homosexualité ne devrait plus être un sujet tabou.

La relation médecin-patient pouvait modifier le discours concernant la sexualité.

Le ressenti du médecin ne doit pas entraver son abord, tout comme ses caractéristiques personnelles ⁽⁵⁷⁾. Le médecin doit essayer d'adopter une attitude neutre et ouverte et informer le patient qu'il est disponible pour échanger sur sa sexualité s'il le souhaite.

Même si le motif de consultation se prête rarement à aborder la sexualité ou que les contraintes sont multiples, il est nécessaire de ne pas différer les messages essentiels comme ceux de la prévention.

Certains outils pouvaient encourager à aborder la sexualité, comme la mise à disposition de préservatifs sur le bureau de consultation.

Un approfondissement des compétences et connaissances du médecin généraliste pouvait permettre de le rendre plus à l'aise sur le sujet et ainsi de l'aborder plus fréquemment. Des formations concernant la PrEP pourraient aider à sa diffusion.

C. MIEUX REPERER LES « GROUPES A RISQUE »

Les populations cibles de la PrEP sont en théorie bien définies. On observe en pratique que les patients sont mal repérés du fait d'une lacune quant à l'abord de la sexualité en médecine générale. Il semblerait que la question de l'orientation sexuelle posée sans détour aux patients ne soit pas mal perçue. Elle facilite ensuite l'abord du nombre de partenaires sexuels et du type de pratiques sexuelles. Ces renseignements sont primordiaux pour orienter le discours concernant la prévention en matière de sexualité. En posant ces questions, le médecin signale au patient qu'il est disposé à aborder cette thématique sans tabou. Cela requiert une recherche active de ces informations pour repérer les personnes ayant des pratiques à risque et les orienter si nécessaire vers la PrEP.

D. FAIRE LE CHOIX ADAPTE A CHAQUE PATIENT

Une fois les groupes, épidémiologiquement à risque, identifiés, le médecin peut adapter ses messages. S'il est en capacité de bien informer le patient, il peut alors l'orienter vers la PrEP si elle lui semble pertinente en fonction de sa prise de risque. L'évaluation du niveau de compréhension du patient doit être intégrée dans la stratégie thérapeutique que le médecin lui propose.

De la même façon, le choix du schéma de prise de la PrEP doit être individualisé et adapté au patient. Il doit tenir compte de sa sexualité et de son niveau d'adhérence pour obtenir la meilleure efficacité.

Le médecin doit s'attacher à rendre le patient acteur de sa prise en charge, en lui fournissant les clés nécessaires à une prévention optimale et personnalisée.

E. GESTION DES EFFETS INDESIRABLES ET INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

La prise d'un médicament expose à des effets indésirables.

Le Truvada® est utilisé depuis 2005 dans le cadre du traitement du VIH et bénéficie donc d'un recul important.

Concernant la PrEP, les effets indésirables les plus souvent rapportés sont gastro-intestinaux ⁽⁶⁰⁾⁽⁸⁸⁾. Ils sont peu fréquents et spontanément résolutifs ⁽⁸⁹⁾.

Le bilan biologique de suivi doit également vérifier la fonction rénale ⁽⁹⁰⁾. Lorsqu'une diminution de celle-ci est observée, elle est en général légère ⁽⁷⁸⁾ et réversible à l'arrêt du traitement ⁽⁸⁵⁾.

Pour que le médecin généraliste soit vigilant à ces effets indésirables potentiels, il est nécessaire qu'il soit informé de la prise de PrEP par son patient. De la même façon, la prise de PrEP pourra influencer son raisonnement. En cas de volonté de prescrire un médicament potentiellement néphrotoxique, il devra adapter ses prescriptions.

F. METTRE DE COTE SES CONVICTIONS PERSONNELLES

Le médecin généraliste doit faire son possible pour accompagner son patient dans cette démarche préventive.

Comme dans le cadre de l'entretien motivationnel, moraliser le patient ne favorise pas son adhésion. Le médecin généraliste doit faire abstraction de tout jugement personnel pour mieux orienter son patient dans le parcours qu'il a choisi.

Le médecin généraliste, comme premier recours, est plus accessible qu'un infectiologue. Il doit donc pouvoir répondre sans jugement aux problématiques de ses patients et représenter un soutien de proximité que le patient n'a pas peur de solliciter.

CONCLUSION

Les médecins généralistes s'accordent pour dire que la PrEP est un bon outil de prévention du VIH. Même si la connaissance du sujet est encore limitée, ils seraient prêts à se former pour s'investir dans sa promotion et sa diffusion.

Malgré l'efficacité démontrée de la PrEP, il faut poursuivre la promotion du préservatif, notamment pour lutter contre les autres IST. Le suivi régulier que requiert la prescription de la PrEP permet de dépister et traiter les IST.

La population cible de la PrEP paraît adaptée, à condition de savoir repérer les pratiques sexuelles à risque. Cela implique d'aborder la sexualité en consultation de médecine générale.

Le coût de la PrEP ne doit pas être un frein à sa prescription, puisqu'elle a démontré son efficacité dans la réduction du risque de contamination par le VIH, en association aux mesures de prévention déjà disponibles. Elle reste également moins onéreuse que le traitement d'un patient séropositif pour le VIH.

Le choix du schéma de prescription de la PrEP doit s'adapter aux pratiques individuelles et être réévalué régulièrement, de même que sa bonne compréhension, pour permettre une protection optimale contre le VIH.

L'observance du traitement est essentielle pour assurer son efficacité et éviter une éventuelle contamination par le VIH sous traitement, source d'apparition de résistances au Truvada®.

L'abandon du préservatif au profit de la PrEP, craint par les médecins généralistes, s'observe en réalité de manière antérieure à la PrEP, notamment depuis l'apparition du TasP. De la même façon, l'augmentation des IST ne peut pas être directement attribuée à la PrEP.

Les médecins généralistes ont le sentiment de ne pas être au centre de cette stratégie de prévention et se l'approprient difficilement. Sa méconnaissance y contribue. Le cloisonnement choisi par les patients concernant leur santé sexuelle, la primo prescription hospitalière et certains freins matériels (dépistages non remboursés en laboratoires de ville) renforcent l'impression d'exclusion du médecin généraliste.

La communication entre les différents acteurs de santé doit être renforcée pour permettre une meilleure coordination des soins. Le partage du suivi entre le milieu hospitalier et le médecin en soins premiers est à organiser en accord avec le patient.

Certains parcours de soins existent localement mais sont méconnus des médecins généralistes. Des stratégies de communication devraient être améliorées pour favoriser leur utilisation.

Une fiche d'information concernant la PrEP, ses modalités d'utilisation et de surveillance, pourrait être associée au courrier adressé au médecin généraliste lorsqu'il est question de la PrEP pour un de ses patients. La mise en place d'un spécialiste référent permettrait de favoriser le suivi conjoint avec la médecine de ville et faciliter le recours hospitalier en cas de besoin.

La levée des freins matériels des dépistages des IST en laboratoire de ville devrait également faciliter le suivi par le médecin généraliste.

Le médecin généraliste a une place privilégiée pour repérer et orienter les patients qui pourraient bénéficier de la PrEP. La prévention en matière de sexualité fait partie des missions du médecin généraliste en soins premiers. Cela implique de l'aborder sans tabou pour pouvoir proposer les stratégies disponibles et adaptées à chaque patient.

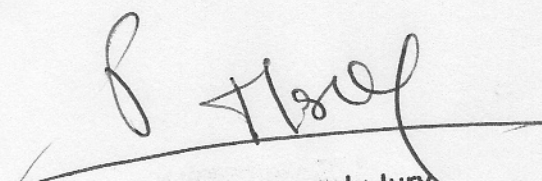
Cette étude constitue un état des lieux au moment où la PrEP se développe en France, et pourra être comparée à une nouvelle étude dans quelques années.

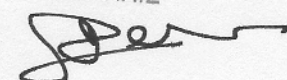
À l'heure actuelle, la PrEP en France n'a pas permis l'infléchissement du nombre de nouvelles infections par le VIH. Son développement pourrait-il permettre d'atteindre des résultats comparables à des villes comme San Francisco, où l'incidence du VIH diminue ?

Les stratégies actuelles de diffusion de la PrEP ne semblent pas assez efficaces. Les autorités de santé ont un rôle à jouer dans la promotion de cette stratégie efficace de prévention contre le VIH. Quels moyens doivent être mis en œuvre pour cela ? Les politiques de santé ont-elles la volonté d'encourager ce dispositif ?

Vu

Toulouse le 27/08/2019


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 27/08/19
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE


BIBLIOGRAPHIE

1. Principaux repères sur le VIH/sida [Internet]. World Health Organization. [cité 12 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. UNAIDS. Fact sheet - Latest statistics on the status of the AIDS epidemic [Internet]. UNAIDS. Fact sheet 2016. 2016 [cité 2 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
3. WHO-HIV-2016.05-fre.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2018]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250576/WHO-HIV-2016.05-fre.pdf;jsessionid=FD63A793119226A48191ED5E1BB0E1C7?sequence=1>
4. Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003–08: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis.* oct 2010;10(10):682-7.
5. AIDSinfo | UNAIDS [Internet]. [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: <http://aidsinfo.unaids.org/>
6. UNAIDS_Global_Report_2013_fr_1.pdf [Internet]. [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_fr_1.pdf
7. Weller SC, Davis-Beatty K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2002 [cité 1 août 2019];(1). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003255/full>
8. Gupta RK, Abdul-Jawad S, McCoy LE, Mok HP, Peppas D, Salgado M, et al. HIV-1 remission following CCR5Δ32/Δ32 haematopoietic stem-cell transplantation. *Nature.* 5 mars 2019;
9. Utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par Truvada ou génériques entre janvier 2016 et juillet 2017 - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Utilisation-de-la-prophylaxie-pre-exposition-PrEP-au-VIH-par-Truvada-ou-generiques-entre-janvier-2016-et-juillet-2017-Point-d-information>
10. Barreiro P. Hot News: Sexually Transmitted Infections on the Rise in PrEP Users. *AIDS Rev.* mars 2018;20(1):71.

11. Changes in Truvada® for HIV Pre-exposure Prophylaxis Utilization in the USA: 2012-2016 - Disparities [Internet]. [cité 23 juin 2018]. Disponible sur: http://www.natap.org/2017/IAS/IAS_72.htm
12. Karim S, Karim, QA. Antiretroviral prophylaxis: a defining moment for HIV prevention. *Lancet*. 17 déc 2011;378:591-601.
13. Grant RM. Antiretroviral Agents Used by HIV-Uninfected Persons for Prevention: Pre- and Postexposure Prophylaxis. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 15 mai 2010;50(Suppl 3):S96-101.
14. Mulligan K, Glidden DV, Anderson PL, Liu A, McMahan V, Gonzales P, et al. Effects of Emtricitabine/Tenofovir on Bone Mineral Density in HIV-Negative Persons in a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 15 août 2015;61(4):572-80.
15. Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 3 déc 2015;373(23):2237-46.
16. HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men and transgender women: a secondary analysis of a phase 3 randomised controlled efficacy trial - ScienceDirect [Internet]. [cité 22 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/s.docadis.ups-tlse.fr/science/article/pii/S1473309914700258#!>
17. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med*. 2 août 2012;367(5):399-410.
18. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*. janv 2016;387(10013):53-60.
19. Dolling DI, Desai M, McOwan A, Gilson R, Clarke A, Fisher M, et al. An analysis of baseline data from the PROUD study: an open-label randomised trial of pre-exposure prophylaxis. *Trials*. 24 mars 2016;17:163.
20. Hosek SG, Green KR, Siberry G, Lally M, Balthazar C, Serrano PA, et al. Integrating Behavioral HIV Interventions into Biomedical Prevention Trials with Youth: Lessons from Chicago's Project PrEPare. *J HIV/AIDS Soc Serv* [Internet]. 2013 [cité 9 juill 2019];12(3-4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3818104/>
21. Mutua G, Sanders E, Mugo P, Anzala O, Haberer JE, Bangsberg D, et al. Safety and Adherence to Intermittent Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV-1 in African Men Who

- Have Sex with Men and Female Sex Workers. PLoS ONE [Internet]. 12 avr 2012 [cité 22 juin 2018];7(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3325227/>
22. Grant RM, Anderson PL, McMahan V, Liu A, Amico KR, Mehrotra M, et al. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. *Lancet Infect Dis*. 1 sept 2014;14(9):820-9.
 23. Efficacy of « On Demand » PrEP in the ANRS IPERGAY Open-Label Extension Study [Internet]. [cité 22 juin 2018]. Disponible sur: http://www.natap.org/2016/IAC/IAC_10.htm
 24. AnnualReport2015-20160831.pdf [Internet]. [cité 22 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.sfdph.org/dph/files/reports/RptsHIVAIDS/AnnualReport2015-20160831.pdf>
 25. Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy CE, Baggaley R, O'Reilly KR, Koechlin FM, et al. Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. *AIDS Lond Engl*. 31 juill 2016;30(12):1973-83.
 26. Sagaon-Teyssier L, Suzan-Monti M, Demoulin B, Capitant C, Lorente N, Préau M, et al. Uptake of PrEP and condom and sexual risk behavior among MSM during the ANRS IPERGAY trial. *AIDS Care*. 2016;28 Suppl 1:48-55.
 27. Pialoux G, Delaugerre C, Cotte L, Raffi F, Cua E, Molina J-M. Pre-exposure prophylaxis: a useful tool to prevent human immunodeficiency virus infection? *Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis*. sept 2016;22(9):757-67.
 28. Truvada dans la PrEP [Internet]. [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: <http://truvadaprep.fr/>
 29. Haute Autorité de Santé - La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par TRUVADA [Internet]. [cité 12 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2750213/fr/la-prophylaxie-pre-exposition-prep-au-vih-par-truvada
 30. anx_141234_fr.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2018/20180604141234/anx_141234_fr.pdf
 31. Haute Autorité de Santé - La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par TRUVADA [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2750213/#toc_3
 32. experts-vih_prep2015.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/10/experts-vih_prep2015.pdf
 33. Buchbinder SP, Glidden DV, Liu AY, McMahan V, Guanira JV, Mayer KH, et al. Who should be offered HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP)? A secondary analysis of a Phase 3 PrEP efficacy trial in men who have sex with men and transgender women. *Lancet Infect*

Dis. juin 2014;14(6):468-75.

34. Seifert SM, Glidden DV, Meditz AL, Castillo-Mancilla JR, Gardner EM, Predhomme JA, et al. Dose Response for Starting and Stopping HIV Preexposure Prophylaxis for Men Who Have Sex With Men. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 1 mars 2015;60(5):804-10.
35. Anderson PL, Kiser JJ, Gardner EM, Rower JE, Meditz A, Grant RM. Pharmacological considerations for tenofovir and emtricitabine to prevent HIV infection. *J Antimicrob Chemother.* févr 2011;66(2):240-50.
36. Siguier M. Etude de la prévalence, de l' incidence, des facteurs de risque et de la réponse au traitement des infections sexuellement transmissibles dans une population à haut risque d' hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes: les patients de l' étude IPERGAY : étude [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
37. Cressey TR, Siriprakaisil O, Klinbuayaem V, Quame-Amaglo J, Kubiak RW, Sukrakanchana P, et al. A randomized clinical pharmacokinetic trial of Tenofovir in blood, plasma and urine in adults with perfect, moderate and low PrEP adherence: the TARGET study. *BMC Infect Dis* [Internet]. 14 juill 2017;17. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5513124/>
38. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med.* 30 déc 2010;363(27):2587-99.
39. Sivay MV, Li M, Piwowar-Manning E, Zhang Y, Hudelson SE, Marzinke MA, et al. Characterization of HIV Seroconverters in a TDF/FTC PrEP Study: HPTN 067/ADAPT. *J Acquir Immune Defic Syndr 1999.* 01 2017;75(3):271-9.
40. Mugwanya KK, Wyatt C, Celum C, Donnell D, Mugo NR, Tappero J, et al. Changes in Glomerular Kidney Function among HIV-1 Uninfected Men and Women Receiving Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate Pre-exposure Prophylaxis: A Randomized Placebo-controlled Trial. *JAMA Intern Med.* 1 févr 2015;175(2):246-54.
41. Glidden DV, Mulligan K, McMahan V, Anderson PL, Guanira J, Chariyalertsak S, et al. Brief Report: Recovery of Bone Mineral Density After Discontinuation of Tenofovir-Based HIV Pre-exposure Prophylaxis. *J Acquir Immune Defic Syndr 1999.* 01 2017;76(2):177-82.
42. Storholm ED, Volk JE, Marcus JL, Silverberg MJ, Satre DD. Risk Perception, Sexual Behaviors, and PrEP Adherence Among Substance-Using Men Who Have Sex with Men: a Qualitative Study. *Prev Sci Off J Soc Prev Res.* août 2017;18(6):737-47.

43. Mugwanya KK, Donnell D, Celum C, Thomas KK, Ndase P, Mugo N, et al. Sexual behaviour of heterosexual men and women receiving antiretroviral pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: a longitudinal analysis. *Lancet Infect Dis.* déc 2013;13(12):1021-8.
44. Lal L, Audsley J, Murphy DA, Fairley CK, Stooze M, Roth N, et al. Medication adherence, condom use and sexually transmitted infections in Australian preexposure prophylaxis users. *AIDS Lond Engl.* 31 2017;31(12):1709-14.
45. Marcus JL, Hurley LB, Hare CB, Nguyen DP, Phengrasamy T, Silverberg MJ, et al. Preexposure Prophylaxis for HIV Prevention in a Large Integrated Health Care System: Adherence, Renal Safety, and Discontinuation. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 15 déc 2016;73(5):540-6.
46. Fiche info - EMTRICITABINE TENOFOVIR DISOPROXIL MYLAN 200 mg/245 mg, comprimé pelliculé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 1 août 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=65271985>
47. Ross EL, Cinti SK, Hutton DW. Implementation and Operational Research: A Cost-Effective, Clinically Actionable Strategy for Targeting HIV Preexposure Prophylaxis to High-Risk Men Who Have Sex With Men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 01 2016;72(3):e61-67.
48. O1 Is pre-exposure prophylaxis for hiv prevention cost-effective in men who have sex with men who engage in condomless sex in the uk? | Sexually Transmitted Infections [Internet]. [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: https://sti.bmj.com/content/91/Suppl_1/A1.1
49. Garrett KL, Chen J, Maas BM, Cottrell ML, Prince HA, Sykes C, et al. A Pharmacokinetic/Pharmacodynamic Model to Predict Effective HIV Prophylaxis Dosing Strategies for People Who Inject Drugs. *J Pharmacol Exp Ther.* 1 nov 2018;367(2):245-51.
50. Landovitz RJ, Li S, Grinsztejn B, Dawood H, Liu AY, Magnus M, et al. Safety, tolerability, and pharmacokinetics of long-acting injectable cabotegravir in low-risk HIV-uninfected individuals: HPTN 077, a phase 2a randomized controlled trial. *PLoS Med* [Internet]. nov 2018 [cité 19 mai 2019];15(11). Disponible sur: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov-s.docadis.ups-tlse.fr/pmc/articles/PMC6224042/>
51. Johnson LM, Krovi SA, Li L, Girouard N, Demkovich ZR, Myers D, et al. Characterization of a Reservoir-Style Implant for Sustained Release of Tenofovir Alafenamide (TAF) for HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP). *Pharmaceutics.* 4 juill 2019;11(7).
52. Stefic K, Bouvin-Pley M, Braibant M, Barin F. Impact of HIV-1 Diversity on Its Sensitivity to Neutralization. *Vaccines.* sept 2019;7(3):74.

53. Dolezal C, Frasca T, Giguere R, Ibitoye M, Cranston RD, Febo I, et al. Awareness of Post-Exposure Prophylaxis (PEP) and Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Is Low but Interest Is High Among Men Engaging in Condomless Anal Sex With Men in Boston, Pittsburgh, and San Juan. *AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ*. août 2015;27(4):289-97.
54. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
55. Guery B. GROUPE DE PILOTAGE Président : Bruno Hoen Service de Maladies infectieuses et tropicales. Hôpital Saint-Jacques, 2, place Saint- Jacques, 25030 Besançon Cedex Tél : +33 (0)3 81 21 85 33 - Fax : +33 (0) 03 81 21 85 51 Mail : bruno.hoen@univ-fcomte.fr. 2009;12.
56. Foka Tichoue H. Etude des freins à l'appropriation de la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) en soins premiers: enquête auprès des médecins généralistes dans le département de la Seine-Saint-Denis [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2018.
57. Pigache C. Influence des représentations des médecins généralistes sur la prévention et le dépistage du VIH en pratique quotidienne [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
58. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
59. Letiers C. Prévention du VIH : connaissances et attitudes des médecins généralistes d'Isère et de Savoie [Internet]. [cité 4 oct 2017]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/637266/filename/2011GRE15080_letiers_camille_1_D_.pdf
60. Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 3 déc 2015;373(23):2237-46.
61. Costs and benefits of on-demand HIV preexposure prophylaxis in MSM | Ovid [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://oce-ovid-com-s.docadis.upstlse.fr/article/00002030-201801020-00011/HTML>
62. CT-15663_TRUVADA_PIC_INS_AvisPostAud_CT15663.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-15663_TRUVADA_PIC_INS_AvisPostAud_CT15663.pdf
63. Nouvelles contaminations VIH en 2017: Pourquoi les chiffres français sont-ils mauvais – vih.org [Internet]. [cité 1 août 2019]. Disponible sur: <https://vih.org/20190328/nouvelles-contaminations-vih-en-2017-pourquoi-les-chiffres->

francais-sont-ils-mauvais/

64. Bistoquet M. Motivations à entreprendre une prophylaxie pré exposition du VIH chez les HSH: approche phénoménologique (Étude MotivPrEP) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
65. Goedel WC, Schneider JA, Hambrick HR, Kreski NT, Morganstern JG, Park SH, et al. Are Anal Sex Roles Associated with Preferences for Pre-Exposure Prophylaxis Administration Modalities Among Men Who Have Sex with Men. *Arch Sex Behav.* oct 2018;47(7):2123-33.
66. Safety and Efficacy Study of Injectable Cabotegravir Compared to Daily Oral Tenofovir Disoproxil Fumarate/Emtricitabine (TDF/FTC), For Pre-Exposure Prophylaxis in HIV-Uninfected Cisgender Men and Transgender Women Who Have Sex With Men - Full Text View - ClinicalTrials.gov [Internet]. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02720094>
67. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/6/2017_6_2.html
68. Saboni L. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS. :5.
69. EDEN : premier préservatif masculin remboursé à compter du 10 décembre 2018 [Internet]. VIDAL. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/22976/eden_premier_preservatif_masculin_rembourse_a_compter_du_10_decembre_2018/
70. Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 26 novembre 2018. / Actualités / Infection à VIH et sida / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-26-novembre-2018>
71. COREVIH Occitanie - Epidémiologie - Occitanie [CHU de Montpellier] [Internet]. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.chu-montpellier.fr/fr/corevih/epidemiologie/occitanie/>
72. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2750213/fr/la-prophylaxie-pre-exposition-prep-au-vih-par-tenofovir-disoproxil/emtricitabine-truvada-et-ses-generiques

73. Desai M, Field N, Grant R, McCormack S. Recent advances in pre-exposure prophylaxis for HIV. *BMJ*. 11 2017;359:j5011.
74. Durand-Zaleski I, Mutuon P, Charreau I, Tremblay C, Rojas D, Pialoux G, et al. Costs and benefits of on-demand HIV preexposure prophylaxis in MSM. *AIDS Lond Engl*. 2 janv 2018;32(1):95-102.
75. Substituts nicotiniques : fin du plafonnement annuel de remboursement [Internet]. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/substituts-nicotiniques-fin-du-plafonnement-annuel-de-remboursement>
76. Promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante
77. Storholm ED, Volk JE, Marcus JL, Silverberg MJ, Satre DD. Risk Perception, Sexual Behaviors, and PrEP Adherence among Substance-Using Men Who Have Sex with Men: A Qualitative Study. *Prev Sci Off J Soc Prev Res*. août 2017;18(6):737-47.
78. Daily or on-demand oral tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine for HIV pre-exposure prophylaxis: experience from a hospital-based clinic in France | Ovid [Internet]. [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: <https://oce-ovid-com-s.docadis.ups-tlse.fr/article/00002030-201809240-00008/HTML>
79. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2017;26.
80. Celse M, Geffroy L. 2012-01-12_avi_fr_prevention. :34.
81. Bulletins des réseaux de surveillance des IST / Infections sexuellement transmissibles / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
82. Serpa JA, Huynh GN, Nickell JB, Miao H. HIV Pre-Exposure Prophylaxis and Increased Incidence of Sexually Transmitted Infections in the United States. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 8 juill 2019;
83. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 30 déc 2010;363(27):2587-99.
84. Drug resistance among patients who acquired HIV infection in a preexposure prophylaxis trial | Ovid [Internet]. [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <https://oce-ovid-com->

85. Réveillé C. Les différentes formes de prophylaxies pré-exposition (PrEP) au VIH et l'intérêt de ces nouveaux outils en France à travers l'essai IPERGAY [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2017.
86. Pialoux G, Delaugerre C, Cotte L, Raffi F, Cua E, Molina J-M. Pre-exposure prophylaxis: a useful tool to prevent human immunodeficiency virus infection? *Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis.* sept 2016;22(9):757-67.
87. Sagaon-Teyssier L, Suzan-Monti M, Demoulin B, Capitant C, Lorente N, Préau M, et al. Uptake of PrEP and condom and sexual risk behavior among MSM during the ANRS IPERGAY trial. *AIDS Care.* 24 mars 2016;28(sup1):48-55.
88. Deborde M. Enjeux et mise en place des consultations PrEP au CHU de Bordeaux en 2016, état des lieux à un an. :85.
89. Molina J-M, Charreau I, Spire B, Cotte L, Chas J, Capitant C, 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.* 1 sept 2017;4(9):e402-10.
90. ct_eval_236_bum_truvada_cd_08032017_v4.pdf [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/ct_eval_236_bum_truvada_cd_08032017_v4.pdf

ANNEXES

Annexe 1 – Guide d’entretien

A. VERSION INITIALE

Activité de prévention en médecine générale

1) Comment abordez-vous la prévention dans le domaine de la sexualité au sein de vos consultations ?

- Dans quelles circonstances l’abordez-vous ?
- Quelle place a-t-elle ?
- Quelles peuvent être les difficultés à faire de la prévention ?

Prévention du VIH

2) Comment abordez-vous plus particulièrement la prévention du VIH ?

- Quels outils utilisez-vous pour vous aider ?

3) Que vous évoque la notion de « groupe à risque » concernant la prévention du VIH ?

La PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition)

4) Selon vous, c’est quoi la PrEP ?

- à quoi elle sert ?
- comment elle s’utilise ?
- à qui s’adresse-t-elle ?

La Prophylaxie Pré-Exposition au VIH par Truvada®, association de emtricitabine/ténofovir, est utilisée depuis 2012 aux USA et depuis novembre 2015 en France via une Reconnaissance Temporaire d’Utilisation (RTU). Elle a une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) depuis mars 2017. Les premiers génériques sont disponibles depuis juillet 2017. Elle s’adresse essentiellement aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et personnes trans ayant des rapports sexuels avec des hommes considérés comme à risques, c’est-à-dire, ayant des rapports sexuels avec plus de 2 partenaires dans les 6 derniers mois, IST (Infection Sexuellement Transmissible) dans les 12 derniers mois, plusieurs recours au Traitement Post Exposition (TPE) dans les 12 derniers mois, usage de drogue lors des rapports sexuels.

5) Selon vous, qu’apporte la PrEP dans la prévention du VIH ?

- Reformuler sa position en tant que médecin : Avantages / inconvénients
- Du point de vue du patient : en quoi peut-elle changer les pratiques sexuelles ?

Les comportements des patients ?

Il existe deux schémas de prise : en continu (un comprimé par jour, tous les jours) et à la demande (deux comprimés 2 à 24h avant un rapport sexuel considéré à risque, puis un comprimé toutes les 24h jusqu'à 48h après le dernier rapport à risque).

La prescription initiale se fait par un médecin du CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) ou en service de maladies infectieuses. Il peut ensuite être renouvelé par un médecin généraliste.

La surveillance biologique de la fonction rénale et de la phosphorémie (\pm glycémie, kaliémie et glycosurie si le reste du bilan est perturbé), ainsi que le dépistage des IST, y compris du VIH, doivent être régulières. En effet, les principaux effets indésirables sont : l'insuffisance rénale, la tubulopathie proximale et une légère déminéralisation osseuse (jusqu'à -1%), avec perturbation du bilan phosphocalcique.

Ainsi, il est préférable d'éviter l'administration conjointe avec un traitement néphrotoxique. Le prix d'un mois de traitement était d'environ 400€ par Truvada® et depuis la mise à disposition des génériques, environ 170€. Il s'agit d'un traitement entièrement pris en charge par la sécurité sociale.

- 6) Selon vous, quel est l'impact sur la société et l'économie de la santé ?
- Que pensez-vous du choix de la population cible de la PrEP ?
 - Élargissement à la population générale ?

Conclusion

- 7) Avez-vous des choses à ajouter ?
- 8) En un mot, la PrEP pour vous ?

B. VERSION DEFINITIVE

Activité de prévention en médecine générale

- 1) Comment abordez-vous la prévention dans le domaine de la sexualité au sein de vos consultations ?
- Dans quelles circonstances l'abordez-vous ?
 - Quelle place a-t-elle ?
 - Quelles peuvent être les difficultés à faire de la prévention ?

Prévention du VIH

- 2) Comment abordez-vous plus particulièrement la prévention du VIH ?
- Quels outils utilisez-vous pour vous aider ?
- 3) Que vous évoque la notion de « groupe à risque » concernant la prévention du VIH ?

La PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition)

- 4) Avez-vous entendu parler de la PrEP ? Qu'est-ce que vous en savez ?
- à quoi elle sert ?
 - comment elle s'utilise ?
 - à qui s'adresse-t-elle ?

La Prophylaxie Pré-Exposition au VIH par Truvada®, association de emtricitabine/ténofovir. Elle s'adresse essentiellement aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et personnes trans ayant des rapports sexuels avec des hommes considérés comme à risques, c'est-à-dire, ayant des rapports sexuels non protégés avec plus de 2 partenaires dans les 6 derniers mois, plusieurs IST (Infection Sexuellement Transmissible) dans les 12 derniers mois, au moins un recours à un Traitement Post Exposition (TPE) dans les 12 derniers mois, usage de drogue lors des rapports sexuels.

5) Selon vous, qu'apporte la PrEP dans la prévention du VIH ?

- Reformuler sa position en tant que médecin : Avantages / inconvénients
- Du point de vue du patient : en quoi peut-elle changer les pratiques sexuelles ?

Les comportements des patients ?

Il existe deux schémas de prise : en continu (un comprimé par jour, tous les jours ; la protection optimale est obtenue après 7 jours de prise quotidienne chez l'homme et c'est le seul schéma à avoir l'AMM) et à la demande (deux comprimés 2 à 24h avant un rapport sexuel considéré à risque, puis un comprimé toutes les 24h jusqu'à 48h après le dernier rapport à risque).

La prescription initiale se fait par un médecin du CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) ou en service de maladies infectieuses. Il peut ensuite être renouvelé par un médecin généraliste, sous réserve de la bonne réalisation des bilans biologiques de suivi.

Le prix d'un mois de traitement était d'environ 400€ par Truvada® et depuis la mise à disposition des génériques, environ 170€. Il s'agit d'un traitement entièrement pris en charge par la sécurité sociale.

6) Selon vous, quel est l'impact sur la société et l'économie de la santé ?

- Que pensez-vous du choix de la population cible de la PrEP ?
- Élargissement à la population générale ?

Conclusion

7) Avez-vous des choses à ajouter ?

8) En un mot, la PrEP pour vous ?

Annexe 2 – Extrait de l'analyse thématique

THÈME	CATÉGORIE	SOUS CATÉGORIE	CODE	VERBATIM
Reconnaissance des autres IST		sous PrEP	la PrEP ne protège pas de la syphilis	« Il en est déjà à une syphilis, euh choppée traitée. » E2
		indépendante de la PrEP	La PrEP ne protège pas contre les autres IST Ne plus utiliser le préservatif au profit de la PrEP serait péjoratif vis à vis des autres IST Les IST explosent en raison de l'abandon du préservatif, mais les patients sous PrEP représentent une petite proportion, qui traitée, ne pourrait pas à elle seule permettre de limiter les nouvelles contaminations par les IST	« Mais euh, euh je pense que, ... le problème du Truvada®, c'est que ça arrête pas la syphilis, ça arrête pas les chlamydiae, ça arrête pas euh tous les autres donc euh » E7 « Et du coup de pas utiliser le préservatif, qu'est-ce que ça aurait comme inconvénient ? - Ben y a les autres IST » E4 « bon ça j'y crois absolument pas, parce que y'a pas de préservatif, donc c'est en explosion. Donc euh, c'est pas parce qu'on en traite euh... moi j'ai 19 patients sous PrEP à l'hôpital... 'fin... Je pense pas qu'en en traitant 19, régulièrement euh, je vais limiter la propagation de, du chlamydiae dans dans les saunas gays de la région hein. Ça... m'étonnerait. » E10
Les craintes de la PrEP	Abandon du préservatif		Selon certaines associations de prévention du VIH, la PrEP n'entraîne pas d'augmentation des IST	« Oui alors j'en discutais avec un copain qui est à AIDS à Paris, là je sais pas quoi euhh... qui est un des, un des cadres parisiens. Il me disait que c'était faux ! » E12
			La PrEP pourrait entraîner une baisse de l'utilisation du préservatif	« Heu du coup y'aura complètement relâche au niveau protection individuelle et collective euh. » E2
			Les utilisateurs de la PrEP n'utilisent plus le préservatif	« Parce que du coup, euh la je vois mon patient unique que j'ai en l'occurrence euh, qui est bisexuel et lui euh, il veut pas entendre parler des préservatifs » E2
			La PrEP pourrait avoir l'effet adverse de diminuer l'utilisation du préservatif	« On peut parler des effets, négatifs ou... (rires gêné). Après... moi... elle... m'inquiète dans la, relâchement de la prévention euh, par euh... préservatif notamment, voilà. » E4
			La PrEP pourrait changer les pratiques sexuelles en diminuant l'utilisation du préservatif dans les populations à risque	« Euh peut être. Peut être. (silence) Parce que je pense que 'fin y a, je pense que du coup ça incite à enlever plus le préservatif... dans ces populations là (en chuchotant). » E5
			Un des inconvénients de la PrEP est l'abandon définitif du préservatif	« Après, le deuxième inconvénient, on le savait, et 'fin moi je le vois en tous cas chez les patients que je suis euh, déjà qu'ils utilisaient pas beaucoup de préservatifs euh, la plus part euh, c'est plus jamais quoi. » E10
			La mention « sous PrEP » sur les sites de rencontres suggère l'absence d'usage de préservatif	« même dans les, dans les, dans les sites, pour euh de rencontres et tout ça, y'a marqué « sous PrEP » euhh voilà. Donc ça fait partie des, appartements euh, « sous PrEP » donc pas de préservatif. » E10
			la PrEP permettrait de se croire libéré du préservatif	« Si on a l'impression d'avoir un médicament qui empêche la contamination j'ai l'impression que... qu'entre guillemets ils vont, on va pouvoir se lâcher à enlever le préservatif voilà. » E4
			La PrEP peut entraîner un sentiment de protection vis-à-vis du SIDA, ayant pour conséquence la négligence du préservatif	« Euhhh... Voilà, et puis deux c'est qu'à partir du moment où, j'ai un truc je risque pas d'attraper le SIDA ben donc je vais pas me protéger » E6
			La facilité d'utilisation de la PrEP pourrait faire renoncer à l'usage du préservatif	« Et puis tout le monde n'est pas... 'Fin ça donne un message, me semble-t-il, à la population euh, en s'disant bon y'a un, y'a un médecin qui empêche le SIDA donc euh bon ben moi je vais, le préservatif je vais laisser tomber euh, je prendrai le médicament quoi. » E4
Défaut d'observance			Avec la PrEP, on ne parle plus de préservatif	« On parle plus de préservatif euh, bon » E9
			Plus de 9 patients sous PrEP sur 10 abandonnent le préservatif	« C'est à-dire que les mecs (Rires) enfin je parle des mecs... euhh counseling... Donc là, 9/10 et quand je dis 9/10, c'est peut-être 9,5, ils n'utilisent plus le préservatif ! C'est open bar. Voilà. Ils baissent sans préservatif euh, ils... c'est open bar ! » E12
		Avec la PrEP, les patients abandonnent le préservatif	« Et puis maintenant c'est, (siffent) allez, no capote. » E12	
		L'observance est indispensable pour que le traitement soit efficace	« L'inconvénient c'est que ça marche que si on le prend » E7	
		Risque non évaluable d'apparition de résistances du VIH chez les patients sous Truvada® et en contact avec différentes souches du virus	« Après les inconvénients c'est toujours la même, le problème qu'on se pose, et on n'a pas la réponse hein d'ailleurs, c'est leuuh... c'est la le est-ce que y'aura pas une apparition de résistances, parce que va y avoir, on va se retrouver chez des gens, avec euh des mélanges euh de virus, parce que au milieu quand même y'a y'a des gens qui vont être contaminés qui sont contaminés sans le savoir et-cetera, qui sont pas sous PrEP hein... quand ils vont des saunas gays et-cetera, voilà. Et donc va y avoir euh, des gens qui vont se retrouver avec du Truvada®, peut être en rapport avec du virus et... pas assez pour leuuhhh contenir, enfin voilà. Est-ce que à un moment on va avoir des résistances ? on sait pas trop, ça on n'a pas la réponse. » E10	
		Le médecin généraliste craint la survenue de résistance au Truvada® du fait de la PrEP	« la résistance au Truvada®, y'a une résistance aux antibiotiques, donc un jour elle arrivera, enfin je l'imagine hein. Euhh, le virus il va se démerder pour que ça arrive. » E12	

Annexe 3 – Exemple d'un contexte d'énonciation

Le participant est dénommé par le pronom « il », sans préjuger de son genre.

Il s'agissait de notre deuxième rendez-vous puisqu'il y avait eu un malentendu pour le premier (je m'étais présentée à la date convenue mais il m'avait attendue la semaine d'avant).

Un mois plus tard, nous nous rencontrons donc à son cabinet, en fin de matinée. Il avait fini ses consultations et avait des visites à faire ensuite. Il me reçoit dans son bureau de consultation et nous nous installons de part et d'autre du bureau. Je fais au plus vite pour m'installer et ne pas lui faire perdre plus de temps que nécessaire. Je lui donne le consentement à signer et je lance l'enregistrement audio sur mon téléphone et mon ordinateur. Tout en écrivant, il me demande si j'ai des disponibilités pour le remplacer prochainement. Nous démarrons l'entretien, son visage est détendu, il a une attitude sûre et ne semble avoir aucune difficulté ou tabou pour parler de sexualité. Il sourit la première fois lorsqu'il évoque l'accompagnement des personnes trans dans leur parcours. Il semble s'agir d'un domaine qu'il maîtrise et gère régulièrement.

Durant une bonne partie de l'entretien, il tient son portable dans sa main. Après 30 minutes, il commence à changer de position dans son fauteuil, à jouer avec son stylo, à regarder l'heure à sa montre.

Au cours de l'entretien, son téléphone portable sonne et il décroche. Un patient qui souhaite prendre rendez-vous. Il discute un peu puis raccroche.

Il a une voix calme et posée, tout au long de l'entretien. Il semble bienveillant avec ses patients et aussi à mon égard, me souhaitant bon courage pour la suite.

Annexe 4 – Lettre d’information et exemplaire de la fiche de consentement

Dans le cadre de notre travail de thèse en vue de l’obtention du Diplôme d’Étude Spécialisé en Médecine Générale, nous nous intéressons à la perception de la Prophylaxie Pré Exposition au VIH par les médecins généralistes de Midi Pyrénées, et à leur façon d’envisager ce traitement en tant que stratégie de prévention, sous la direction du Docteur Anne FREYENS, médecin généraliste.

Nous souhaiterions donc pour cela nous entretenir avec vous.

L’entretien se déroulera en dehors des heures de cours ou de travail, dans le lieu de votre choix, à un moment que nous déterminerons ensemble, et durera 30 à 45 minutes environ. Nous réaliserons l’entretien soit seules, soit toutes les deux, en fonction de nos disponibilités et de votre souhait.

L’anonymat sera respecté, le contenu des entretiens qui seront enregistrés et ensuite intégralement retranscrits en vue de leur analyse ne seront consultés que par nous-mêmes et par notre directrice de thèse.

Merci de remplir le consentement ci-dessous.

Cordialement,

Pauline DAIRE et Pauline JUNQUERO.

Je soussigné(e) Docteur

exerçant à


accepte de participer à cet entretien, selon les conditions définies ci-dessus.

Fait le

À

Signature :

Annexe 5 – Avis favorable de la commission d'éthique



Département
Universitaire
Médecine
Générale

Faculté de Médecine de Toulouse
135 avenue de Narbonne
31063 Toulouse Cedex
Université Paul Sabatier
Toulouse III

Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Motoko DELAHAYE*
30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère
Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr

Président : Mme Laurencine VIEU
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES

Renseignements concernant le demandeur :
JUNQUERO Pauline
Interne de médecine générale
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

DAIRE Pauline
Interne de médecine générale
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

Renseignements concernant le promoteur :
FREYENS Anne
[Redacted]
[Redacted]

Titre complet de la recherche : Comment les médecins généralistes de Midi-Pyrénées perçoivent-ils et envisagent-ils la PrEP dans leur pratique ?

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE

N° 2018 - 026

LE 10/7/2018



Dr Motoko Delahaye

Comment les médecins généralistes de Midi-Pyrénées perçoivent-ils et envisagent-ils la Prophylaxie Pré-Exposition au VIH ?

Introduction – Dans la stratégie de réduction des nouvelles infections par le VIH, la Prophylaxie Pré-Exposition au VIH (PrEP) ne fait pas partie des outils habituels des médecins généralistes. L'objectif était d'évaluer comment les médecins généralistes perçoivent et envisagent la PrEP. **Matériels et méthodes** – Étude qualitative par entretiens semi-dirigés menés par deux chercheuses auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées et analyse par théorisation ancrée. **Résultats** – Treize entretiens ont permis d'atteindre une saturation théorique des données. Les médecins généralistes estiment que la PrEP est un bon outil de prévention du VIH, pour des populations ayant des comportements sexuels à risque. La promotion du préservatif reste prioritaire. **Discussion** – La diffusion plus large de la PrEP nécessite une formation des médecins généralistes et une meilleure communication avec les prescripteurs initiaux. L'abord de la sexualité est essentiel pour repérer les patients qui pourraient en bénéficier.

How do the general practitioners of Midi-Pyrénées perceive and consider the HIV Pre-Exposure Prophylaxis ?

Introduction – In the strategy to reduce new HIV infections, Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) is not part of general practitioners' usual tools. The objective was to evaluate how general practitioners perceive and consider PrEP. **Materials and methods** – Qualitative study by semi-directed interviews with general practitioners in Midi-Pyrénées and thematic analysis led by two investigators. **Results** – Thirteen interviews reached a theoretical data saturation point. General practitioners believe that PrEP is a good tool for HIV prevention, for populations with high-risk sexual behaviours. The promotion of condoms remains a priority. **Discussion** – The wider dissemination of PrEP requires training of general practitioners and better communication with initial prescribers. The approach of sexuality is essential to identify patients who could benefit from it.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-clés : prophylaxie pré-exposition, PrEP, VIH, prévention, médecin généraliste, pratiques sexuelles à risque.

Keywords : pre-exposure prophylaxis, PrEP, HIV, prevention, general practitioner, high risk sexual behaviours.

Université Toulouse III-Paul Sabatier, Faculté de médecine Toulouse-Rangueil
133 route de Narbonne, 31062 TOULOUSE Cedex 04
