

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2023

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 16/11/2023

Par

Inès de FORTON

**Déterminants de la mise en place de la primo prescription de la
Prophylaxie Pré Exposition (PrEP), en médecine de ville, par les
médecins généralistes exerçant dans le territoire du COREVIH Ile de
France Nord, en 2022.**

Dirigée par la Docteure Aurélie Sautereau

JURY

M. Le Professeur Jade Ghosn
Mme. La Docteure Aurélie Sautereau
Mme. La Docteure Pauline Morel

Président
Directrice
Membre du jury

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2023

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 16/11/2023

Par

Inès de FORTON

**Déterminants de la mise en place de la primo prescription de la
Prophylaxie Pré Exposition (PrEP), en médecine de ville, par les
médecins généralistes exerçant dans le territoire du COREVIH Ile de
France Nord, en 2022.**

Dirigée par la Docteure Aurélie Sautereau

JURY

M. Le Professeur Jade Ghosn
Mme. La Docteure Aurélie Sautereau
Mme. La Docteure Pauline Morel

Président
Directrice
Membre du jury

REMERCIEMENTS

Au Professeur Ghosn, qui a accepté de présider le jury de ma soutenance de thèse.

À ma directrice de thèse, Aurélie, pour son aide, ses conseils avisés et sa patience.

Au COREVIH Île de France Nord, notamment Olivia Da Conceico, qui m'a apporté une aide efficace pour le recueil des données.

À Pauline Morel, pour son renforcement positif tout au long de ce travail d'écriture, et à sa présence lors de la soutenance.

À l'ensemble de l'équipe médicale de pédiatrie de Neuilly-Sur-Seine, pour leur bienveillance, leur jovialité permanente, et leur qualité d'écoute.

Au service de médecine interne à Ambroise Paré, qui a contribué à mon épanouissement personnel en tant qu'interne.

À l'ensemble de mes co-internes qui ont su rendre ces trois années d'internat inoubliables, et riches en émotion.

Et notamment, à mes co-internes de pédiatrie, en qui j'ai découvert de très belles amitiés, notamment Sophie, Pauline et Tina -mon ex-colocataire- qui a su égayer mes journées pendant 2 ans avec sa joie de vivre.

À tous mes amis, qui m'ont accompagné au fil des années, et m'ont vu grandir et m'affirmer dans un monde professionnel différent du leur -pour la plupart-, avec un regard affectueux.

À l'ensemble de mes amis qui sont partis aux États-Unis, et qui me manquent chaque jour, vivement leur retour en France !

À Léo, merci pour cette magnifique amitié qui évolue depuis tant d'années, et sa constance à mes côtés dans les diverses épreuves de la vie.

À Flore, merci pour son humour quotidien, sa rationalité, son écoute attentive, et ses précieux conseils qui participent à mon équilibre.

À Juliana, pilier essentiel, qui m'a encouragé dans cette voie, m'a toujours soutenu dans mes études, et qui continue de valoriser mon travail au quotidien.

À Dianou, pour sa douceur légendaire, son écoute assidue qui a su m'apaiser beaucoup, et à qui je souhaite le meilleur pour les années à venir...

À Valou, qui -malgré la distance physique qui nous sépare- veille de près à mon développement personnel.

À Louise, pour nos discussions animées sur la médecine, nos remises en question existentielles qui m'ont fait grandir, et prendre davantage de recul.

À Alex, pour son soutien à toute épreuve, sa réassurance permanente, et sa présence à mes côtés qui me rend davantage heureuse chaque jour. Avec tout mon amour.

À mes parents, qui m'ont soutenu dans cette voie, m'ont accompagné au fur et à mesure des années dans la difficulté avec beaucoup de tendresse, et qui ne cessent d'être fiers de leurs enfants. Merci pour votre implication corps et âme.

À Bon-Papa, grand père rêvé de tous les temps, merci pour cette incroyable relation dont je mesure la chance tous les jours.

À Bonne-Maman, partie trop tôt, mais qui -je sais- est fière de mon chemin parcouru et accompli.

À Amel, merci pour sa disponibilité sans égard, ses encouragements, son optimisme légendaire, et sa bonne humeur constante qui contribue à faire de moi la personne que je suis maintenant.

À FR, merci pour cette vivacité d'esprit, son humour sarcastique, par moment un peu chambreur, qui m'adoucit beaucoup, et s'avère être mon anti-stress préféré...

À mes oncles, tantes, cousins et cousines que je ne vois pas souvent, mais qui ne cessent de m'envoyer des ondes positives régulièrement.

Déterminants de la mise en place de la primo prescription de la Prophylaxie Pré Exposition (PrEP), en médecine de ville, par les médecins généralistes exerçant dans le territoire du COREVIH Ile de France Nord, en 2022.

RESUMÉ

Le VIH est un véritable enjeu de santé publique et est responsable de près de 40 millions de décès dans le monde. Depuis juin 2021, les Médecins Généralistes (MG) peuvent prescrire la Prophylaxie Pré Exposition (PrEP), moyen efficace pour prévenir le VIH, en France. L'objectif de cette étude est d'établir les profils des médecins généralistes vis-à-vis de leur adhésion à la primo-prescription de la PrEP et ses déterminants en médecine de ville, dans le territoire du Comité régional de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine Ile de France Nord (COREVIH IDF Nord).

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle menée en 2022, décrivant les profils des MG et les déterminants de la mise en place d'une pratique de PrEP en médecine générale, avec un focus sur les MG des CMS de la ville de Saint-Denis. Médianes et interquartiles (IQ25% et IQ75%) d'une part, ainsi que les proportions d'autre part, ont été utilisés pour décrire respectivement les variables continues et catégorielles. Par la suite, une analyse univariée a été réalisée avec le test de Fisher afin de mettre en évidence des associations entre la volonté d'initier la prophylaxie et les profils des MG interrogés.

Cette étude concerne 67 MG. L'âge médian des participants est de 46 ans (IQ25% 34 ans et IQ75% 61 ans). La population étudiée est principalement masculine (36/67, 54 %). La majorité des praticiens interrogés exerce dans Paris intra-muros (46/67, 68 %) et en cabinet libéral (52/67, 77,5 %). Parmi ces médecins, 86 % (52/60) avaient déjà entendu parler de la PrEP, dont 79 % (41/52) qui exerçaient au sein de la ville de Paris. Les indications de la PrEP étaient davantage connues des MG parisiens (41/51, 80 %) que des MG exerçant dans les autres départements (10/51, 19,6 %) ($p = 0,008$). Au sein de la totalité des MG interrogés ; 48 % (29/60) avaient déjà intégrer cette prophylaxie dans leur pratique ambulatoire et 15 % (9/60) comptaient l'intégrer prochainement.

La seule association statistique significative de notre analyse était la volonté d'intégrer la PrEP à sa pratique et le fait de travailler en CMS ($p = 0,019$).

Nous n'avons pas mis en évidence d'association statistique significative pour les autres variables testées dont : le jeune âge des médecins ($p = 0,505$) ; une expérience avec la santé sexuelle ou les pathologies infectieuses que ce soit en terme de formation théorique ($p = 0,560$) ou pratique ($p = 0,384$) ; la présence de Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) VIH sur leur lieu d'exercice ($p = 0,077$) ; la connaissance des indications de la PrEP ($p = 0,379$) et la formation à cette dernière ($p = 0,290$). Ces résultats pourraient être expliqués par un manque de puissance de l'étude.

Cette étude semble confirmer que l'implantation d'un nouveau champ d'action « PrEP » en médecine de ville reste complexe malgré une volonté des praticiens à l'appliquer et la présence d'outils de formation disponibles. La généralisation de cette prescription à la pratique ambulatoire pourrait passer par une meilleure diffusion des informations sur la santé sexuelle et la PrEP en médecine générale et dès le cycle universitaire, un encouragement au travail en groupe, l'aménagement des plannings de consultation des MG, ainsi que la mise en place d'une cotation spécifique de cet acte.

Il est donc nécessaire de compléter ces résultats par des études de cohorte de plus forte puissance, incluant des patients sous PrEP, suivis en médecine de ville.

Spécialité : DES de Médecine Générale

Mots clés : Médecin Généraliste (MG), Prophylaxie Pré Exposition (PrEP), VIH, santé sexuelle

Forme ou Genre : Thèse et écrits académiques

Determinants of the introduction of the first prescription of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP), in general practice, by GPs practising in the Ile de France Nord COREVIH area, in 2022.

ABSTRACT

HIV is a major public health issue, responsible for almost 40 million deaths worldwide. Since June 2021, General Practitioners (GPs) have been able to prescribe Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP), an effective way of preventing HIV, in France. The aim of this study is to establish the profiles of GPs with regard to their adherence to the initial prescription of PrEP and its determinants in general practice, in the territory of the Ile de France Nord Regional Committee for the Fight against the Human Immunodeficiency Virus (COREVIH IDF Nord).

This is a cross-sectional observational study to be carried out in 2022, describing the profiles of GPs and the determinants of the introduction of PrEP in general practice, with a focus on the GPs of the CMS in the town of Saint-Denis. Medians and interquartiles (IQ25% and IQ75%) on the one hand, and proportions on the other, were used to describe continuous and categorical variables respectively. A univariate analysis was then performed using the Fisher test in order to identify associations between the willingness to initiate prophylaxis and the profiles of the GPs interviewed.

This study involved 67 GPs. The median age of the participants was 46 years (IQ25% 34 years and IQ75% 61 years). The study population was predominantly male (36/67, 54%). The majority of the doctors surveyed practised in inner Paris (46/67, 68%) and in private practice (52/67, 77.5%). Of these doctors, 86% (52/60) had already heard of PrEP, including 79% (41/52) who practised within the city of Paris. Parisian GPs were more familiar with the indications for PrEP (41/51, 80%) than GPs practising in other departments (10/51, 19,6%) ($p = 0.008$). Of all the GPs questioned, 48% (29/60) had already incorporated this prophylaxis into their outpatient practice and 15% (9/60) planned to do so in the near future.

The only statistically significant association in our analysis was the willingness to integrate PrEP into their practice and the fact of working in a CMS ($p = 0.019$).

We did not find any statistically significant associations for the other variables tested, including : the young age of the doctors ($p = 0.505$); experience with sexual health or infectious pathologies, whether in terms of theoretical training ($p = 0.560$) or practical training ($p = 0.384$); the presence of HIV Rapid Diagnostic Tests (TROD) at their place of practice ($p = 0.077$); knowledge of the indications for PrEP ($p = 0.379$) and training in PrEP ($p = 0.290$). These results could be explained by a lack of power in the study.

This study seems to confirm that introducing a new "PrEP" field of action in general practice remains complex, despite the willingness of practitioners to apply it and the availability of training tools. The extension of this prescription to outpatient practice could be achieved by better dissemination of information on sexual health and PrEP in general practice and at university level, encouragement of group work, reorganization of GP consultation schedules, and the introduction of a specific rating for this procedure.

It is therefore necessary to supplement these results with larger cohort studies, including patients on PrEP followed up in general practice.

Speciality: DES in General Medicine

Key words: General Practitioner (GP), Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP), HIV, sexual health

Form or Genre: Thesis and academic writings

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CiDDIST : Centre d'information de Diagnostic et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles

COREVIH : Comité régional de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine

COVID-19 : Maladie provoquée par le coronavirus SARS-COV2

FTC : Emtricitabine

FtM : transition du genre Féminin vers le genre Masculin

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec les Hommes

IPA : Infirmières de Pratique Avancée

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LGBTQI : lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres, en Questionnement ou Intersexes.

MG : Médecin Généraliste

MtF : transition du genre Masculin vers le genre Féminin

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le Sida

PVVIH : Patients Vivant avec le VIH

PrEP : Prophylaxie Pré Exposition

PPT : powerpoint

RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

TARV : Traitements Antirétroviraux

TasP : Treatment as Prevention

TDF : Tenofovir Disoproxil Fumarate

TPE : Traitement Post Exposition

UDI : Usagers de Drogue Intraveineuse

VHA : Virus de l'Hépatite A

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	4
RESUMÉ	6
ABSTRACT	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
TABLE DES MATIÈRES	12
INTRODUCTION	14
Le VIH	14
<i>Généralités</i>	14
<i>Épidémiologie du VIH en France</i>	15
<i>Épidémiologie du VIH en Île-De-France (IDF)</i>	17
<i>Acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH</i>	18
<i>Les différents moyens de prévention du VIH existants</i>	20
La PrEP	21
<i>Généralités</i>	21
<i>Modalités de la PrEP</i>	22
<i>La PrEP en France</i>	25
<i>Les associations avec promotion de la PrEP en ville</i>	27
<i>La PrEP en médecine générale</i>	28
Hypothèse de recherche	30
Objectifs	31
MATERIEL ET METHODES	32
RESULTATS	34
Détail de l'échantillon	34
Caractéristiques des médecins	35
Santé sexuelle	36
VIH	40
PrEP	40
<i>Les médecins ayant déjà intégré la PrEP à leur pratique</i>	41
<i>Les médecins envisageant la PrEP dans leur pratique future</i>	43
<i>Les médecins réfractaires à la PrEP</i>	44
Analyse univariée	46
Analyse en sous-groupe	49
DISCUSSION	53
Représentativité de l'échantillon	53
Rappel des principaux résultats de l'étude	53
<i>La santé sexuelle en médecine générale</i>	53
<i>Les profils des patients sous PrEP en médecine générale</i>	55
<i>La formation PrEP en médecine générale</i>	56
<i>Aspects pratiques de la PrEP en médecine générale</i>	57
<i>Les réticences liées à la PrEP en médecine générale</i>	57
<i>Disparités territoriales en termes de santé sexuelle et de PrEP</i>	58

<i>Les CMS et la PrEP</i>	59
Les forces de l'étude	61
Les limites de l'étude	62
Enjeux et perspectives	62
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE	66
TABLE DES FIGURES	74
TABLE DES TABLEAUX	75
ANNEXES	76
Annexe 1 (Questionnaire LimeSurvey)	76
Annexe 2 (Questionnaire CMS)	87
RESUMÉ	92

INTRODUCTION

Le VIH

Généralités

Le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), est un rétrovirus humain, sexuellement transmissible, dont le stade « sida » constitue la phase ultime. Il a été découvert en 1983, à Paris, par Françoise Barré-Sinoussi et le Pr. L. Montagné (prix Nobel de Médecine en 2008) (1). Il s'agit d'une infection qui attaque le système immunitaire de l'organisme et conduit à des complications infectieuses potentiellement létales, si elle n'est pas prise en charge.

Il est responsable d'environ 40 millions de décès depuis qu'il est apparu chez l'homme, tous sexes confondus. Ce virus se transmet par voie sexuelle, par transfusion sanguine, par le partage d'aiguilles contaminées, mais aussi de la mère à l'enfant lors de la grossesse, l'accouchement (transmission materno-fœtale) ou de l'allaitement (2).

En plus des complications infectieuses, le VIH est considéré comme un risque cardio-vasculaire indépendant avec de plus grandes chances de développer un diabète, une hypertension artérielle, et une dyslipidémie. En dehors du risque cardio-vasculaire, il existe un risque accru pour certaines pathologies comme l'ostéoporose, les atteintes rénales, hépatiques et une plus grande vulnérabilité quant à la survenue de cancers (3).

Le développement et l'accès aux Traitements Antirétroviraux (TARV) depuis 1996 a constitué une étape majeure, permettant de considérer cette infection comme une maladie chronique dans les pays industrialisés (4).

Ces traitements, ont également permis de réduire la transmission du VIH au niveau populationnel ; en effet, l'étude HPTN052 en 2011, a montré une absence de transmission du virus chez les couples séro-discordants, dont le partenaire positif était traité par antirétroviral avec une charge virale contrôlée depuis une durée minimale de 6 mois (5). De ce fait ; une personne séropositive suivie, sous TARV avec une charge virale VIH indétectable, ne transmet pas l'infection à son partenaire sexuel.

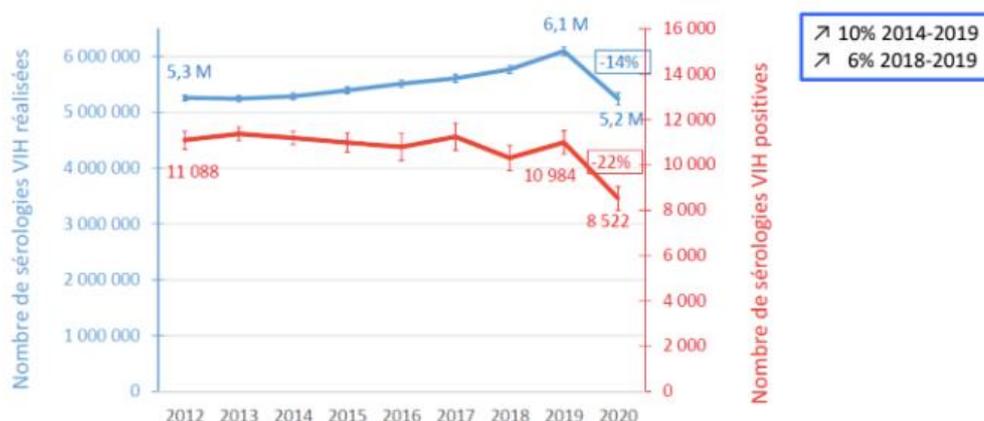
En 2019, nous dénombrons 151 300 personnes vivants avec le VIH (PVVIH) avec une tendance à l'augmentation avec le temps (6). Il existe environ 6000 nouveaux cas par an depuis 2011 (7). Néanmoins, il faut souligner la présence d'une baisse de 22% du nombre de nouveaux cas en 2020 par rapport à 2019 (**figure 1**). Ceci pourrait largement s'expliquer par une diminution de l'activité de dépistage (diminution de 14 % de tests VIH) et par les mesures de distanciation sociale liées à la pandémie COVID-19 (7) (8).

En termes de traitement, 76% d'entre eux suivent un traitement antirétroviral.

En réalité, nous comptons en France plus de 170 000 PVVIH en considérant les patients non dépistés (« épidémie cachée »). Ils représentent 16% des patients PVVIH. Cette dernière catégorie de patients serait d'ailleurs à l'origine de 64% des nouvelles infections (7).

Activité de dépistage VIH

Nombre de sérologies VIH réalisées et nombre de sérologies confirmées positives, France, 2012-2020



Source : LaboVIH : Estimation du nombre total de sérologies, remboursées ou non, anonymes ou non, quel que soit le lieu de prélèvement (laboratoire de ville, hôpital, clinique, CeGIDD...)

Figure 1 Santé publique France, LaboVIH 2020, données corrigées décembre 2021. Nombre de sérologies VIH réalisées et nombre de sérologies confirmées positives, France, 2012-2020

Le mode de contamination principal des PVVIH, en 2015, est hétérosexuel (55%) (8). Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels étaient majoritairement nées en Afrique subsaharienne (53 %), puis en France (29 %). Ces dernières sont en majorité des femmes (60%).

Puis, les Hommes ayant des relations Sexuelles avec les Hommes (HSH) représentent le deuxième mode de contamination, par ordre de fréquence, en France. Ils sont majoritairement nés en France (82 %), puis sur le continent américain, en Europe et en Afrique subsaharienne (12 % à l'étranger).

Néanmoins, le taux d'incidence le plus important concerne les HSH et semble stable dans le temps. En France, cette population a 175 fois plus de risque d'être infectée par rapport aux hétérosexuels. Contrairement aux hétérosexuels, le nombre de découvertes de séropositivité ne diminue pas chez les HSH (**figure 2**).

On note aussi une incidence particulièrement élevée chez les usagers de drogues par voie intraveineuses (UDI).

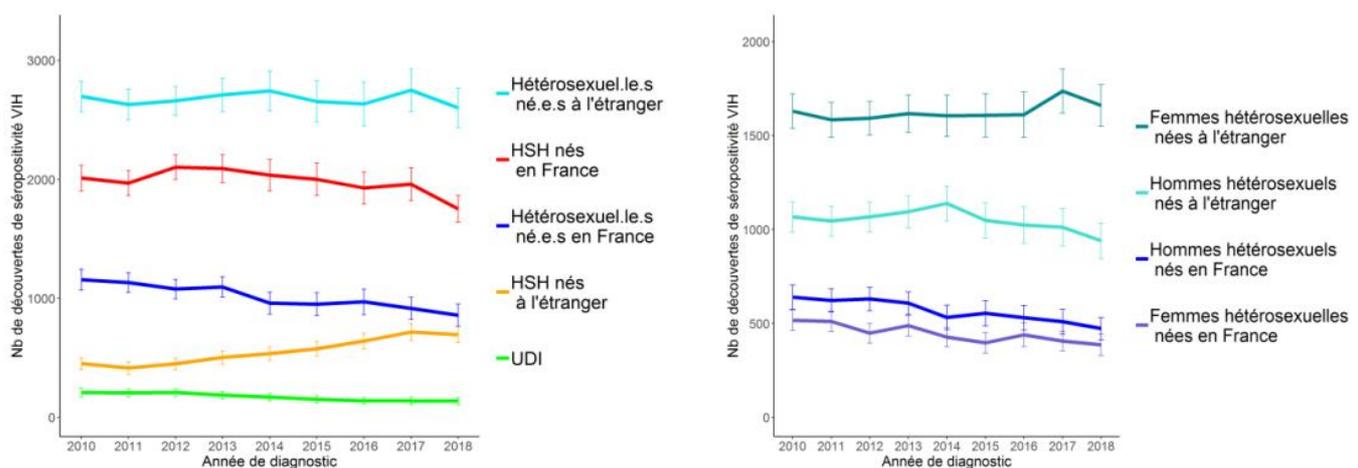


Figure 2 Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 31/03/2019. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe et lieu de naissance, France, 2010-2018

On compte 59 500 PVVIH en 2019 en Île-De-France, correspondant à la 2^{ème} région la plus touchée en France, après la Guyane, et la première en France métropolitaine. Elle représente 39% de la totalité des PVVIH en France. On estime également qu'elle est une des régions les plus touchées par « l'épidémie cachée » avec approximativement 10 300 PVVIH non diagnostiqués, soit 42% de cette population (9).

La bassin parisien concentre aussi 42 % des découvertes de séropositivité VIH en 2015 (8). La ville de Paris regroupe un nombre particulièrement important de nouveaux cas (420/millions d'habitants en 2018), suivi de la Seine-Saint-Denis (252/millions d'habitants en 2018). Il existe tout de même une tendance à la baisse puisque ce taux de découverte par million d'habitants entre 2013 et 2018 à Paris diminuait significativement. Cependant, ce taux restait stable en Seine-Saint-Denis pendant cette même période (10).

En effet, la Seine Saint Denis est le 2^{ème} département métropolitain le plus touché par l'épidémie de VIH avec environ 8 000 PVVIH (11) (12). La transmission de l'infection y est très majoritairement hétérosexuelle et on estime que 6 PVVIH, sans le savoir, sur 10 sont des personnes hétérosexuelles nées à l'étranger (14).

De manière plus large, le territoire du COREVIH (Comité régional de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine) Ile de France Nord – qui est notre population d'étude- englobe les territoires du nord parisien (17^e, 18^e et 19^e arrondissements), le tiers ouest de la Seine Saint Denis, la ville de Clichy (Haut de Seine) et le Val d'Oise (11). On y recense 8596 PVVIH, avec 186 nouveaux cas diagnostiqués en 2021 (11).

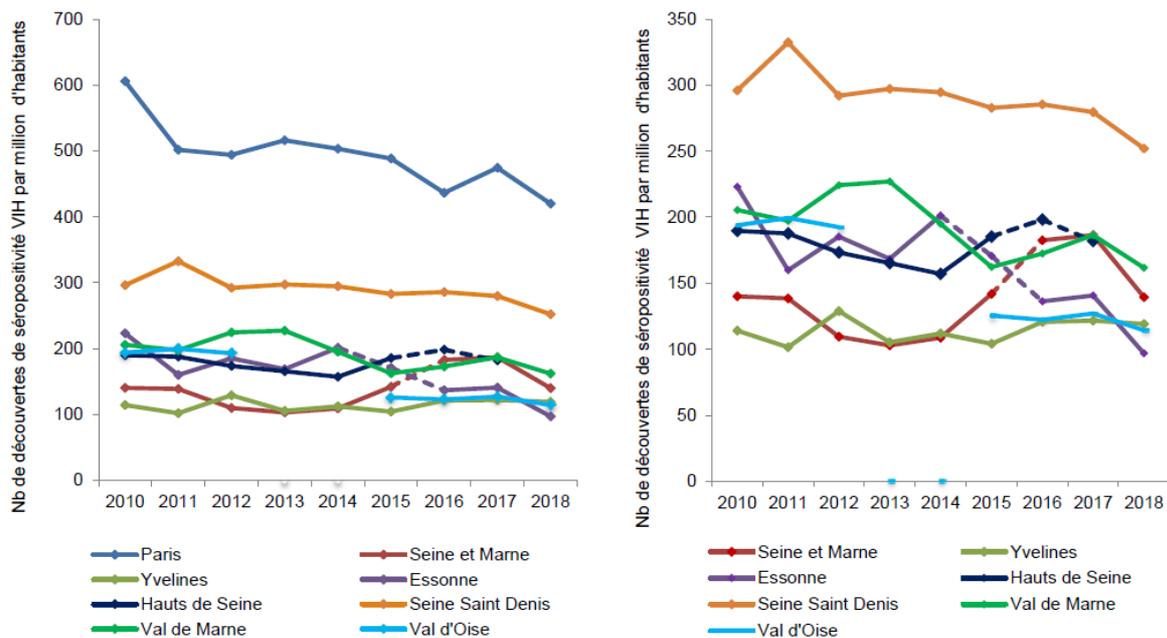


Figure 3 Bulletin de santé publique France, Taux de découvertes de séropositivité VIH par département (par millions d'habitants), Ile-de-France et hors Paris, 2010-2018, novembre 2019

Acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH

Le rôle du médecin généraliste (MG) dans la prise en charge des PVVIH s'est progressivement précisée depuis le début des années 2000 afin de lui permettre d'endosser un rôle majeur dans la prévention, le dépistage ainsi que la prise en charge et le suivi de cette infection (15). Il semblerait donc que les compétences du médecin généraliste en termes de santé sexuelle soient de plus en plus utilisées dans la lutte contre cette infection. Ceci se matérialise par la publication de documents ressources, notamment un guide ALD (Affection Longue Durée) par la HAS (Haute Autorité de Santé), à destination de l'ensemble des praticiens intervenant auprès des patients infectés (15). Plus récemment, ont été émises des recommandations de groupe d'experts, sous la direction du Pr Morlat, concernant la prise en charge médicale des PVVIH (8). Puis, a été créé un site internet « VIH CLIC », à destination des professionnels de santé, pour aider à la prévention, au dépistage, au diagnostic et au suivi des patients infectés par le VIH en ville (3).

Par ailleurs, la lutte contre le VIH a été renforcée également par la création des CeGIDD (Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) en 2015. Ces structures résultent de la fusion des CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit) et des CiDDIST (Centre d'information de Diagnostic et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles) (16).

Leurs principales missions s'articulent autour de la lutte contre le VIH et des autres IST (Infections Sexuellement Transmissibles) ; à savoir le dépistage, la prise en charge et l'orientation des découvertes de séropositivités VIH, la prévention primaire avec la primo-prescription de Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP), la prévention secondaire avec la possibilité de délivrance de Traitement-Post-Exposition (TPE), la prise en charge des différentes autres IST, et enfin, l'éducation thérapeutique des patients.

Ces structures regroupent plusieurs professionnels de santé à savoir un médecin (généraliste ou spécialiste) ayant une expérience dans la prise en charge du VIH, des hépatites virales et des autres IST ; un(e) infirmier(e) ; ainsi qu'un(e) secrétaire chargé(e) de l'accueil du public et d'assister les autres membres du personnel si besoin.

Le fonctionnement se base sur l'anonymat des données, et la gratuité de tous les services de principe.

On trouve d'autres acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH comme le COREVIH. Il s'agit d'une instance publique, à dimension territoriale, réunissant l'ensemble des acteurs de la lutte contre le SIDA (11). Ces derniers contribuent à uniformiser la prise en charge des patients VIH et à améliorer la coordination entre l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH. Ils sont également impliqués dans le recueil et l'analyse des données épidémiologiques ainsi que la participation à l'évaluation de la programmation nationale de lutte contre les IST et le VIH.

Ces évolutions s'inscrivent dans une démarche nationale qui vise à promouvoir la santé sexuelle et reproductive : la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030.

Un des objectifs principaux de cette stratégie est l'amélioration du parcours de santé en matière d'IST dont le VIH avec la lutte contre ce dernier ; faire en sorte que 95% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH. Parmi ces 95 % dépistés, 95 % aient accès au traitement. Et enfin, 95 % des patients sous traitement, aient une charge virale contrôlée d'ici 2030 (17).

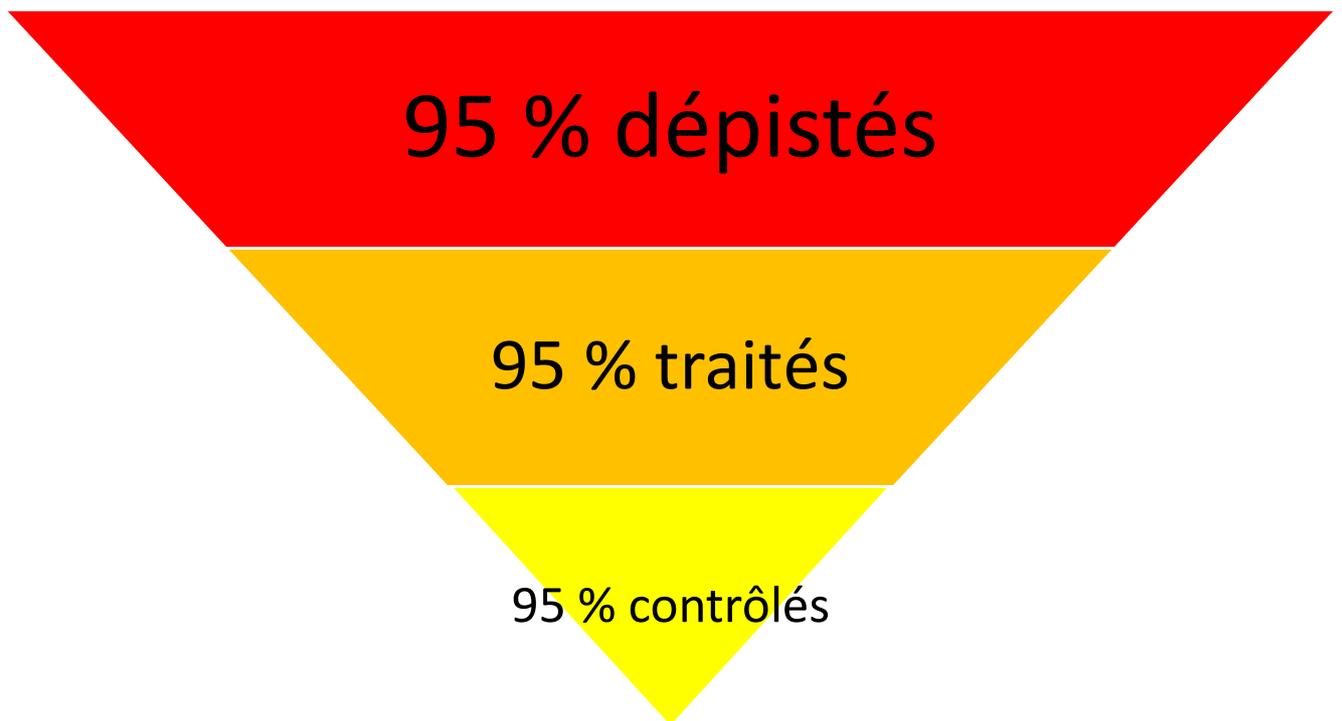


Figure 4: Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030

Dans la même optique, et au plan mondial, l'ONUSIDA (programme commun des Nations Unies sur le VIH) s'est fixé le même objectif avec la fin de l'épidémie de sida en 2030 (18).

Les différents moyens de prévention du VIH existants

Nous avons vu plus haut, que les PVVIH sous TARV avec charge virale contrôlée, n'avait pas de risque de transmettre l'infection à leur partenaire. De ce fait, les trithérapies constituent un moyen essentiel de lutte et de prévention contre le VIH définissant ainsi la notion de « TasP » (Treatment as Prevention).

D'autres moyens existent pour prévenir l'infection comme l'usage des préservatifs, qui confèrent une protection mécanique, et donc, une barrière à la transmission du VIH via les muqueuses génitales. Il protège également contre les autres IST. Son efficacité théorique sur la réduction du risque d'infection par le VIH est élevée (98%). Ses avantages sont une facilité d'utilisation, un faible coût et une bonne acceptabilité chez les patients.

Son utilisation expose, en revanche, à des risques d'accidents de rupture ou de glissement, et donc d'inefficacité.

Un autre outil de prévention efficace est le Traitement Post Exposition (TPE), qui limite le risque de transmission après la prise de risque (accident d'exposition sexuelle, accident d'exposition sanguine ou lors de l'usage de drogue avec partage du matériel d'injection). Il s'agit d'un TARV prescrit pour une durée de 28 jours, empêchant la réplication du VIH avant qu'il n'envahisse l'organisme et, qui nécessite une surveillance clinico-biologique du patient victime de l'accident d'exposition (3).

Enfin, un autre outil existant est la PrEP qui permet de limiter la séroconversion chez les patients à risque, et dont nous allons détailler les modalités par la suite.

La PrEP

Généralités

La PrEP est une stratégie de réduction du risque de contracter le VIH basée sur l'utilisation d'un médicament antirétroviral à prendre au cours d'une période d'exposition à un risque de contamination. Cette stratégie s'accompagne d'un suivi renforcé et individualisé en santé sexuelle.

Le médicament utilisé, est une association d'anti-rétroviraux qui sont deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse à savoir le ténofovir disoproxil fumarate (TDF) et l'emtricitabine (FTC) (commercialisée sous le nom de Truvada® et ses génériques).

De nombreuses études ont démontré, puis confirmé l'efficacité de la PrEP.

Tout d'abord l'étude IPREX (Essai Preexposure Prophylaxis Initiative) en 2010, a montré une réduction globale de l'incidence du VIH de 44 % (estimée à 92% s'il y avait eu une adhésion et observance totale du traitement), puis l'essai PROUD a confirmé l'efficacité de la PrEP, en observant une réduction de 86 % du risque de transmission VIH parmi les HSH à haut risque d'acquisition du virus (19) (20).

Les investigateurs de l'essai IPERGAY ont rapporté la même réduction de 86 % de l'incidence du VIH en utilisant un régime thérapeutique à la demande (21).

Elle s'adresse à des personnes exposées à des situations de VIH, et peut être utile à toute personne dans certains contextes de la vie sexuelle. Finalement, tout patient peut bénéficier de cette prophylaxie, mais certaines populations sont exposées à des risques majorés d'acquisition du VIH, et nécessitent, de ce fait, une attention particulière (22). Ces populations concernent les HSH avec rapports à risque, les travailleurs-euses du sexe, les personnes en situation de vulnérabilité sexuelle et les UDI qui partagent du matériel (23).

Plus en détails, les HSH présentant des relations sexuelles à risque concernent les situations suivantes :

- Relations anales non protégées avec au moins deux partenaires différents sur une période de 6 mois.
- Patients ayant présenté plusieurs épisodes d'IST (syphilis, infections à Chlamydia, gonococcie, ou primo-infection par les virus de l'hépatite B et C) dans l'année.
- Patients ayant eu plusieurs recours à un TPE dans l'année.
- Patients ayant l'habitude de consommer des substances psychoactives lors des rapports sexuels.

Les personnes en situation de vulnérabilité sexuelle concernent les patients ayant des rapports avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée soit :

- Personnes ayant des partenaires sexuels multiples.
- Personnes originaires de région à prévalence du VIH > 1 % (dont la Guyane).
- La présence de facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement) (24).

Modalités de la PrEP

Afin de pouvoir bénéficier de ce traitement il faut une sérologie VIH négative datant de moins de 4 semaines, et l'absence d'exposition à risque entre temps ainsi qu'une évaluation de la fonction rénale de base (débit de filtration glomérulaire et rapport protéinurie / créatinurie). Il est important de réaliser, également, des sérologies des hépatites (VHA, VHB et VHC), et un test de grossesse avant l'initiation du traitement.

L'usage de ce médicament nécessite un accompagnement et un suivi médical régulier, accessible notamment lors des consultations avec son médecin traitant. Lors de l'initiation du traitement, le patient est revu à 1 mois puis, tous les 3 mois, afin de s'assurer de l'observance du traitement, faire le point sur les éventuels effets indésirables, prolonger le traitement et effectuer les examens complémentaires. Ces derniers portent sur le dépistage d'une infection par le VIH avec la réalisation d'une sérologie, et le dépistage des autres IST. Une évaluation de la fonction rénale est recommandée à l'initiation du traitement, à 3 mois et tous les 6 mois par la suite (23).

L'utilisation de PrEP est contre indiquée dans les situations suivantes :

- Sérologie VIH positive ou signes faisant suggérer une primo-infection VIH ;
- Clairance de la créatinine de moins de 60 mL/min ;
- Infection chronique à l'hépatite B si le volontaire n'est pas prêt à prendre une PrEP en schéma continue.

Ses effets indésirables surviennent essentiellement au premier mois de traitement, et comprennent des troubles gastro-intestinaux ainsi qu'une altération de la fonction rénale possible (25). Une diminution de la densité minérale osseuse a également été rapportée (26).

Concernant la prise du médicament, elle peut se faire de façon continue ou discontinue.

La prise continue consiste ;

- Pour les hommes : une prise de 2 comprimés 2 à 24 heures avant le rapport sexuel à risque puis toutes les 24 heures. Attention pour arrêter la PrEP, il faut prendre deux comprimés à 24 h d'intervalle après le dernier rapport sexuel à protéger soit jusqu'à 48 heures plus tard (**figure 5**).
- Pour les femmes : il faut prendre 1 comprimé par jour pendant 7 jours avant d'obtenir une protection complète contre le VIH. Puis continuer toutes les 24 heures tant que l'on souhaite être protégée. Pour l'arrêt, il faut continuer à prendre le comprimé pendant les 7 jours suivants le dernier rapport à risque (une prise toutes les 24 heures).



Figure 5: Prise continue de la PrEP chez les hommes (3)

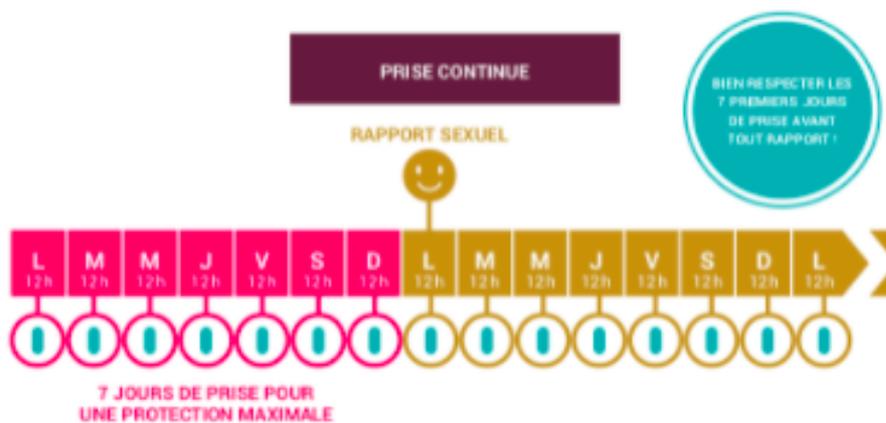


Figure 6: Prise continue de la PrEP chez les femmes (3)

Quant au schéma discontinue : il faut prendre le comprimé 2 à 24 h avant le rapport sexuel à risque, puis 24 et 48 h après (**figure 7**). Cependant ce schéma s'applique seulement pour les hommes cis, et non pour les femmes cis et les personnes transsexuelles (personne cis ou cisgenre : personne dont l'identité de genre est en concordance avec le sexe biologique qui lui a été assigné à la naissance).

En effet, la présence d'un vagin (femmes transsexuelle « MtF » opérée ou homme transsexuel « FtM » non opéré), et la prise d'hormones féminisantes (dans le cadre d'une transition de genre) diminuent l'efficacité de la PrEP, et nécessitent, de ce fait, un schéma continu.



Figure 7: Prise discontinue de la PrEP (3)

Les avantages de la prise discontinue sont : une meilleure adhérence, une réduction des effets indésirables, de la toxicité à long terme, ainsi qu'une réduction du coût (23).

La PrEP en France

Entre le 1er janvier 2016 et le 30 juin 2022, un total de 64 821 personnes a initié une PrEP par Truvada® ou génériques en France. Pour 18 349 (28%) d'entre elles l'initiation de la PrEP a eu lieu au cours de la dernière année (entre le 1er juillet 2021 et le 30 juin 2022) (27).

Les utilisateurs de PrEP concernent en grande proportion les hommes (97 %) dont une grande majorité de HSH (97,7%) avec un âge moyen de 36 ans. Cette prophylaxie est le plus souvent initiée ou renouvelée dans les communes de plus de 200000 habitants (> 72 %).

Ce nombre important a entraîné une modification des mentalités, avec une nécessité de réorganiser le parcours PrEP qui était initialement réservé aux spécialités hospitalières infectieuses.

C'est pourquoi, on a observé, en France, un déploiement croissant de la PrEP au cours de ces dernières années :

- Obtention d'une RTU (Recommandation Temporaire d'Utilisation) en 2015.
- De janvier 2016 à juin 2016 : prescription exclusivement hospitalière, dans les services prenant en charge des personnes vivant avec le VIH.
- À partir de juin 2016, extension de la possibilité de prescription aux centres de dépistages gratuits (CeGIDD) extrahospitaliers.
- Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en mars 2017, mais que pour les formes continues. La prescription est réservée aux services hospitaliers de maladies infectieuses, de médecine interne, ou de CEGIDD. Renouvellement possible en ville.
- Depuis le 1^{er} juin 2021 : primo-prescription élargie aux médecins généralistes dans le cadre de la réponse rapide de la HAS face à l'urgence sanitaire du COVID 19 (28).

Un des buts de l'avènement de la PrEP en ville est, avant tout, de renforcer la prévention du VIH en soins primaires avec la promotion de l'abord de la santé sexuelle au cabinet. Elle permet, également, de diminuer le nombre de consultations dans les structures hospitalières. Comme déjà abordé, initialement pour entrer dans un parcours de PrEP, il fallait effectuer au moins une première consultation dans un service hospitalier dédié ou dans un CeGIDD.

Il semblait compliqué, au départ, de faire venir en consultation spécialisée, à l'hôpital, les personnes qui pourraient bénéficier de ce nouvel outil de prévention.

Il a fallu un temps de réflexion et une campagne de communication dynamique de la part des autorités de santé et des associations de patients pour faire émerger toute une population qui pourrait tirer profit de la PrEP.

Les « PrEPeurs » pouvaient ensuite demander un renouvellement d'ordonnance auprès de leur médecin habituel (notamment médecin traitant). Mais, ce parcours a vite atteint sa limite impactant l'effet de la PrEP sur le contrôle de l'épidémie. De plus, l'épidémie actuelle de COVID a renforcé les difficultés d'accès à cette prophylaxie dans la prévention du VIH (28). En effet, le groupe d'intérêt scientifique Epi-Phare a observé, pendant le premier confinement, une baisse des délivrances (-36% soit 27 435 délivrances en moins) et des instaurations de PrEP (-47%) (6) (**figure 8**).

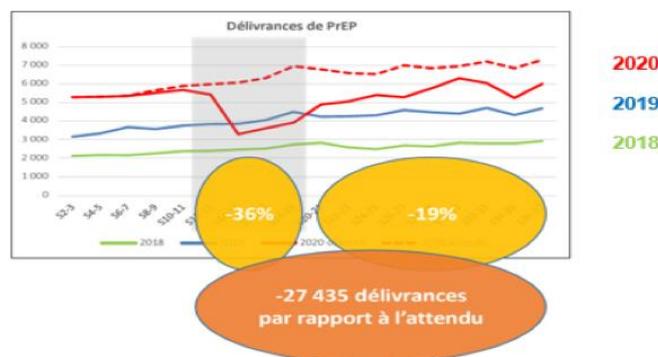


Figure 8: Stratégie nationale de santé sexuelle, et feuille de route 2021-2024, Impact de la pandémie de COVID-19 sur la délivrance de la PrEP

Les associations avec promotion de la PrEP en ville

Parallèlement, de nombreuses structures ambulatoires ont été mises en place pour faciliter l'accès à la PrEP.

En 2010, Le Checkpoint est créé dans le cadre d'une recherche biomédicale sur le dépistage rapide du VIH implémentée dans le Marais, à Paris. Il s'agit d'une association membre du groupe SOS qui lutte contre le VIH, les IST et les conduites à risques en proposant une offre de dépistage complète et gratuite afin de favoriser l'accès aux soins pour tous. Elle devient une antenne CeGIDD du groupe hospitalier Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal en 2016. Depuis la création de la consultation PrEP au Checkpoint en 2016, ce sont plus de 1500 personnes qui ont initié un parcours PrEP au Checkpoint (29).

De même, le 190 est un centre de santé sexuelle créé en 2010. C'est un centre de santé privé, associé, à but non lucratif. Il regroupe les mêmes actions que le Checkpoint, à savoir le suivi spécialisé de l'infection par le VIH ; le dépistage, diagnostic et traitement des IST ; la prescription de PrEP ; et la réalisation de consultations de santé sexuelle (30). Il cible, tout particulièrement les HSH et les bisexuels.

Toujours dans le cadre associatif, vers Paris sans sida, est une association créée en 2016, à l'initiative de la ville de Paris, de l'ONUSIDA et d'une vingtaine de grandes villes dans le monde. Elle a pour objectif la fin de l'épidémie du sida d'ici 2030. Elle a été rejointe, en 2020, par l'association Seine-Saint-Denis sans sida avec la même volonté politique de déployer réellement des moyens de prévention combinée, toujours plus inclusifs et égalitaires. Elle a pour mission, notamment, de familiariser les professionnels de santé en ville à la PrEP, de réduire la discrimination des PVVIH, et d'accompagner les populations vulnérables comme les travailleurs du sexe, les personnes aux parcours migratoires, et les populations LGBTQI (Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres, en Questionnement ou Intersexes) (31).

Ces associations sont composées de médecins, d'infirmiers, de travailleurs sociaux, de médiateurs, de psychologues et divers accueillants.

La PrEP en médecine générale

Diffuser plus largement la PrEP permettrait un meilleur contrôle de l'épidémie, avec une diminution du nombre de contaminations, et, donc, de l'incidence du VIH dans le monde.

En effet, on est face à une augmentation du nombre d'utilisateurs de la PrEP en France (au premier semestre 2019, 15500 patients étaient sous PrEP contre 64000 en 2022) et la nécessité de toucher un plus grand nombre de personnes amène à se poser la question et à reconsidérer la place du médecin généraliste dans ce dispositif. De plus, la capacité des hôpitaux et des centres PrEP atteint sa limite en Ile de France avec une saturation de ces structures, entravant l'efficacité de la PrEP sur le contrôle de l'épidémie. En outre, contrairement aux structures hospitalières, les MG ont l'atout de la proximité et de la disponibilité, ce qui les rend éligibles à se trouver en première ligne dans ce dispositif, et à initier la prescription de TDF/FTC en ville.

Cependant, on note un défaut de sensibilisation des médecins à prescrire ou renouveler la PrEP, en ville.

Tout d'abord, la PrEP reste encore insuffisamment connue des médecins généralistes (32) (33).

Différents moyens pour pallier à ce manque ont été mis en œuvre avec la création d'outils de formation axés sur la PrEP destinés aux MG. Parmi ces outils, on compte les fiches rapides de la HAS, le site internet VIH clic et les associations ambulatoires existantes, dont nous avons parlé précédemment (3) (22) (29) (30) et (31).

Dans les suites, en 2020, une plateforme en ligne-FormaPrEP- a fait son apparition. Elle est destinée aux professionnels de santé, et aborde plusieurs modules dont l'épidémiologie du VIH, la prévention diversifiée du VIH et des autres IST, l'abord de la santé sexuelle en consultation, et enfin, la prise en charge pratique d'un patient en consultation PrEP (34). Actuellement plus de 2000 personnes se sont inscrites à cette formation.

Malgré ces outils disponibles, il persiste un manque d'engouement des MG à prescrire ou renouveler la PrEP en consultation de médecine générale.

En effet, les travaux antérieurs effectués sur ce sujet en médecine de ville montrent - concernant le renouvellement de la PrEP en ville- que les MG font face à de nombreux freins : sensation de manque de formation, consultations chronophages, difficulté à aborder la santé sexuelle en consultation, non reconnaissance des populations éligibles, stigmatisation liée à la PrEP et crainte d'une mauvaise observance avec une augmentation paradoxale des IST (35) (36) (37) (38) (39) et (40).

Hypothèse de recherche

On a vu qu'il existait de nombreux freins au renouvellement de la PrEP en ville. Compte tenu de ces difficultés, on pourrait supposer que les médecins généralistes seraient réticents à réaliser une primo-prescription de la PrEP dans leurs structures.

Ainsi, nous posons l'hypothèse que les médecins généralistes qui seraient désireux d'initier cette pratique vont probablement rencontrer des difficultés à sa mise en place.

Le but de notre étude est de mettre en évidence, et d'analyser les déterminants de la primo-prescription de la PrEP en ville par les MG exerçant sur le territoire du COREVIH Ile De France Nord (IDF Nord).

Elle permettrait d'explorer à la fois les déterminants positifs et négatifs de l'initiation d'une activité PrEP en médecine de ville.

Cet état des lieux serait une aide à la mise en place de la primo-prescription de PrEP en ville, et en faciliterait les modalités. Cela permettrait d'accompagner au mieux -et de façon plus personnalisée- les médecins désireux d'intégrer cette nouvelle pratique dans leur champ d'action.

A terme, l'objectif serait de promouvoir et d'améliorer le suivi ambulatoire des patients désireux de bénéficier d'une prophylaxie médicamenteuse contre le VIH.

Objectifs

L'objectif principal de notre étude est d'établir les profils des médecins généralistes vis-à-vis de leur adhésion à la primo-prescription de la PrEP en médecine de ville, dans le territoire du COREVIH Ile de France Nord.

Les objectifs secondaires sont :

- Évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'instauration de la primo prescription de la PrEP
- Étudier l'intégration d'une activité de PrEP dans la pratique des médecins généralistes (primo prescription et/ou suivi)
- Description des initiatives actuelles concernant la promotion de la santé sexuelle au cabinet.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude descriptive, réalisée en Ile de France, pendant l'année 2022.

La population éligible regroupe des médecins généralistes thésés exerçant sur le territoire du COREVIH IDF Nord.

Le recrutement s'est fait selon un échantillonnage aléatoire des médecins avec tirage au sort des médecins à interroger, contact téléphonique via leurs coordonnées disponibles sur le site ameli et récupération de leur adresse mail pour envoi du questionnaire.

L'étude a été réalisée grâce à un questionnaire individuel anonyme qui a été envoyé aux participants par mail. Il était précédé d'une note explicative concernant le projet de thèse.

Ce questionnaire a été réalisé sur Limesurvey et comprenait un total de 50 questions avec plusieurs questions conditionnelles (**annexe n°1**). Il comportait plusieurs parties pour pouvoir répondre à notre question de recherche :

- La première partie abordait les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes interrogés.
- La deuxième partie concernait l'abord de la santé sexuelle en ville.
- La troisième partie était axée sur le VIH et le suivi des patients sous antirétroviraux en ambulatoire.
- Et enfin, la quatrième partie portait sur la PrEP en médecine ambulatoire.

L'objectif était d'avoir au moins 300 questionnaires pour avoir un échantillon représentatif des MG du COREVIH IDF Nord.

Le questionnaire portant uniquement sur l'évaluation des connaissances et des professionnels de santé, il ne relève pas de la loi Jardé, et donc, pas de déclaration au comité d'éthique.

Les données ont été extraites à l'aide d'un tableur Excel, et codées afin d'être analysées.

Dans un premier temps, il y a eu une analyse descriptive des données exploitées à partir des réponses au questionnaire recueillies.

Nous avons réalisé, par la suite, une analyse univariée des données, avec le test de Fisher, et si les conditions n'étaient pas réunies pour ce test, avec le test de Student pour les variables quantitatives.

Le seuil de significativité retenu était $p < 0,05$.

Nous avons effectué, par la suite, une régression logistique avec les variables présentant une association significative en univariée, au seuil 20%.

Nous avons, également, procéder à une analyse en sous-groupe concernant les médecins exerçant dans les Centres Municipaux de Santé (CMS) de la ville Saint-Denis en Seine-Saint-Denis.

Pour ce qui est de l'analyse en sous-groupe ; les participants se voyaient recevoir le questionnaire sous format Word avec une partie sociodémographique simplifiée et la partie concernant la pratique de la PrEP en ambulatoire (**annexe n°2**). Le questionnaire comportait 22 questions au total, dont 4 questions conditionnelles. Les deuxièmes et troisièmes parties du questionnaire initial Limesurvey ont été supprimées pour cette analyse en sous-groupe.

De même, nous avons procédé à une analyse descriptive des données.

RESULTATS

Détail de l'échantillon

Nous avons recensé approximativement 2500 médecins généralistes (MG) exerçant sur le territoire du COREVIH IDF Nord (41). Parmi ces médecins, nous en avons contacté 517 par téléphone. Après la prise de contact téléphonique, 123 médecins ont accepté de recevoir le lien du questionnaire par mail afin d'y répondre. Nous avons recueilli un total de 103 réponses mais une proportion non négligeable d'entre eux (36 médecins) ont seulement cliqué sur le lien du questionnaire, sans jamais ne répondre à aucune question.

Nous avons donc enregistré 67 réponses analysables avec 60 réponses complètes (7 participants ont arrêté de répondre au cours du questionnaire).

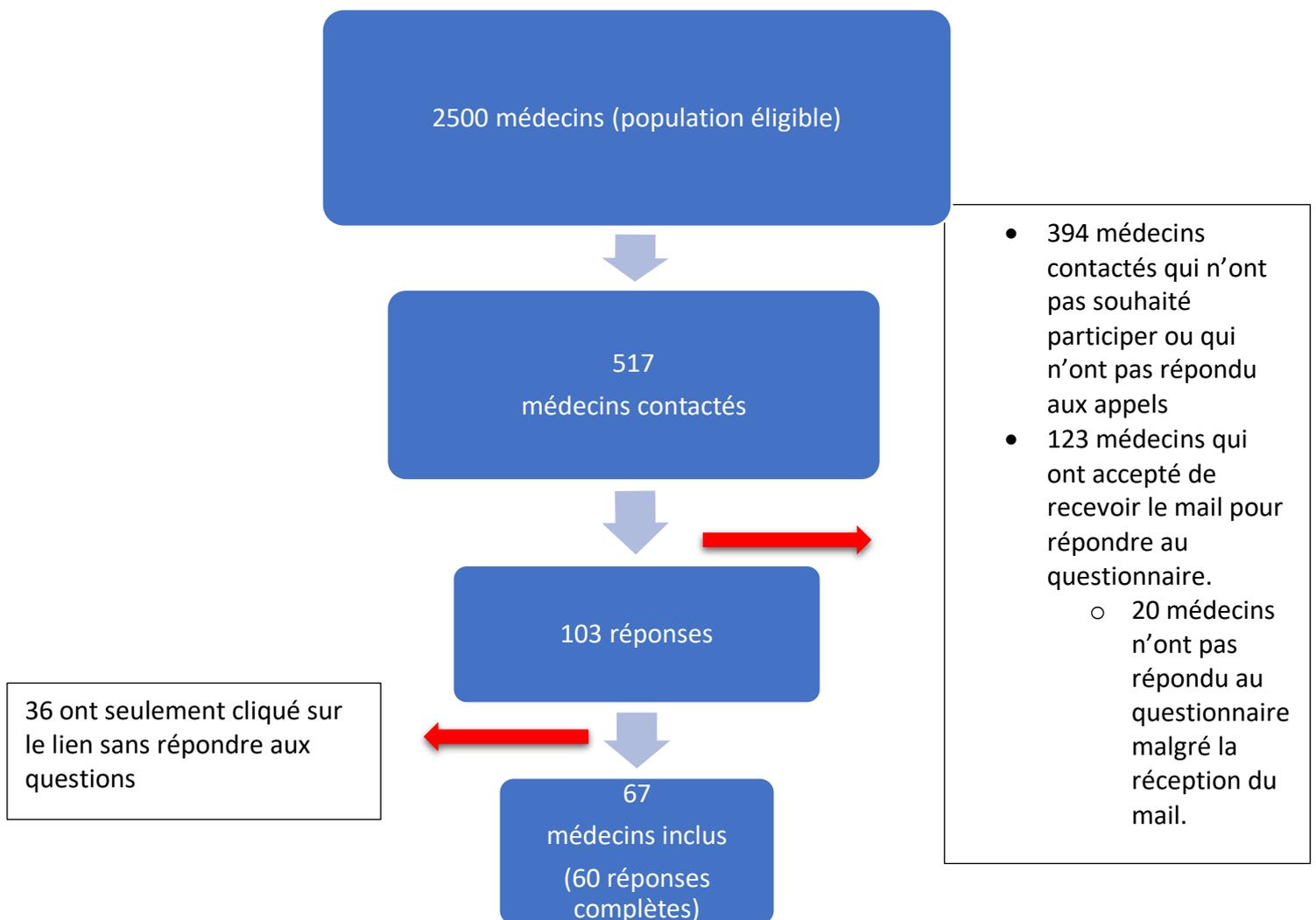


Figure 9: Diagramme de flux

Caractéristiques des médecins

Parmi les 67 réponses, 46 % (31/67) étaient des femmes contre 54 % (36/67) d'hommes. L'âge médian des répondants était de 46 ans.

À propos du département d'exercice, on relevait 46 médecins dans Paris intra-muros, 8 en Seine-Saint-Denis, 8 en Haut de Seine et 5 dans le Val d'Oise. La plupart d'entre eux exerçait en cabinet libéral (77,5 %, 52/67), puis en maison de santé (15 %, 10/67) et en centre municipal de santé (7,5 %, 5/67). Une faible proportion des répondants détenait une activité mixte ville-hôpital (10,5 %, 7/67), avec plus de la moitié d'entre eux aux urgences pédiatriques.

En ce qui concerne les caractéristiques de la patientèle, 49 % (33/67) des médecins signalaient s'occuper de patients issus de la classe moyenne. Les catégories d'âge étaient équitablement représentées avec une légère prépondérance pour les patients âgés de plus de 75 ans.

En termes d'expérience, 25 MG (37 %) indiquaient avoir exercé dans des structures spécialisées en santé sexuelle au cours de leur formation. En revanche, 42 médecins déclaraient ne pas avoir eu ce type d'expérience au cours de leur cursus.

Par ailleurs, 19 médecins (28 %) avaient suivi une formation spécifique sur la santé sexuelle dont 3 dans le cadre de leur formation médicale continue. Certains d'entre eux ont aussi pu avoir accès à des diplômes universitaires (D.U.) : le D.U. VIH (3 médecins) ou le D.U. de maladies infectieuses et IST (3 médecins) etc.

Parmi les 48 praticiens qui n'avaient pas suivi de formation (72 %), 5 médecins généralistes envisageaient de suivre une de ces formations dans le futur.

Santé sexuelle

Parmi les 66 réponses recueillies de cette partie du questionnaire, 23 médecins généralistes (34 %) posaient usuellement la question de l'orientation sexuelle lors d'une consultation. A l'inverse, les 43 autres médecins qui n'avaient pas cette habitude détenaient des raisons variées pour justifier cette pratique. Nous les avons regroupées dans la **figure 10**. En cumulant les justifications les plus mentionnées dans « plutôt » et « tout à fait » les raisons mentionnées pour argumenter l'absence de question sur l'orientation sexuelle étaient : une thématique non appropriée au motif de consultation (63 %, 27/43), la peur de gêner le patient (39,5 %, 17/43), le manque de temps (21 %, 9/43), la sensation de manque de formation sur le sujet (16 %, 7/43), l'absence d'intérêt pour la question (9 %, 4/43), et enfin la considération que l'orientation sexuelle relève d'une autre spécialité que la médecine générale (4,6 %, 2/43).

Plusieurs raisons ont été évoquées librement dans les réponses « Autre ». Parmi elles, le fait que les médecins considéraient qu'il appartenait au patient d'aborder ce sujet (16 %, 7/43), une gêne pour poser cette question (7 %, 3/43), un manque de pertinence du sujet (7 %, 3/43). Certains citaient aussi le fait qu'ils avaient l'impression de naturellement deviner l'orientation sexuelle de leur patient (7 %, 3/43).

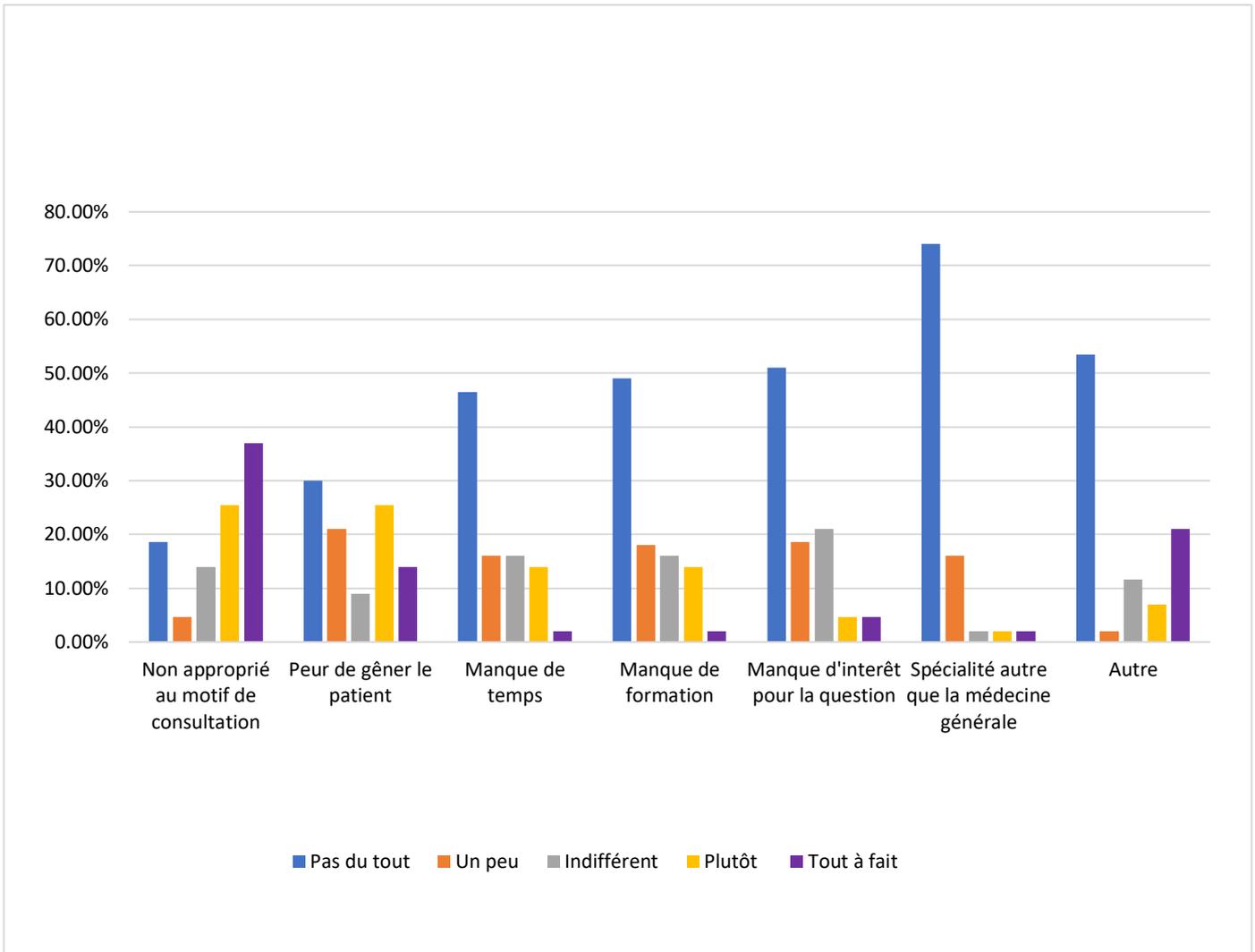


Figure 10: Raisons justifiant l'absence de question sur l'orientation sexuelle en consultation (n=43)

Par rapport à la santé sexuelle en général, environ 65 % (44/66) des médecins généralistes interrogés répondaient avoir l'habitude d'aborder ce sujet en consultation. Parmi eux, 75 % (33/44) exerçaient dans Paris intra-muros, contre 25 % (11/44) de MG installés hors de Paris ($p = 0,082$).

Nous avons regroupé dans la **figure 11** les principales raisons évoquées par les 22 autres médecins pour justifier leur choix inverse.

Les raisons évoquées étaient par ordre décroissant (en prenant en compte le cumul des réponses à « plutôt » et « tout à fait ») : la santé sexuelle inappropriée au motif de consultation (72,7 %, 16/22), la peur de gêner le patient (45,5 %, 10/22), le manque de temps (45,5 %, 10/22), la sensation de manque de formation sur le sujet (27 %, 6/22), l'absence d'intérêt pour la santé sexuelle (13,6 %, 3/22), et la considération que la santé sexuelle relève d'une autre spécialité que la médecine générale (13,6 %, 6/22).

Aucunes propositions n'ont été évoquées dans « Autre ».

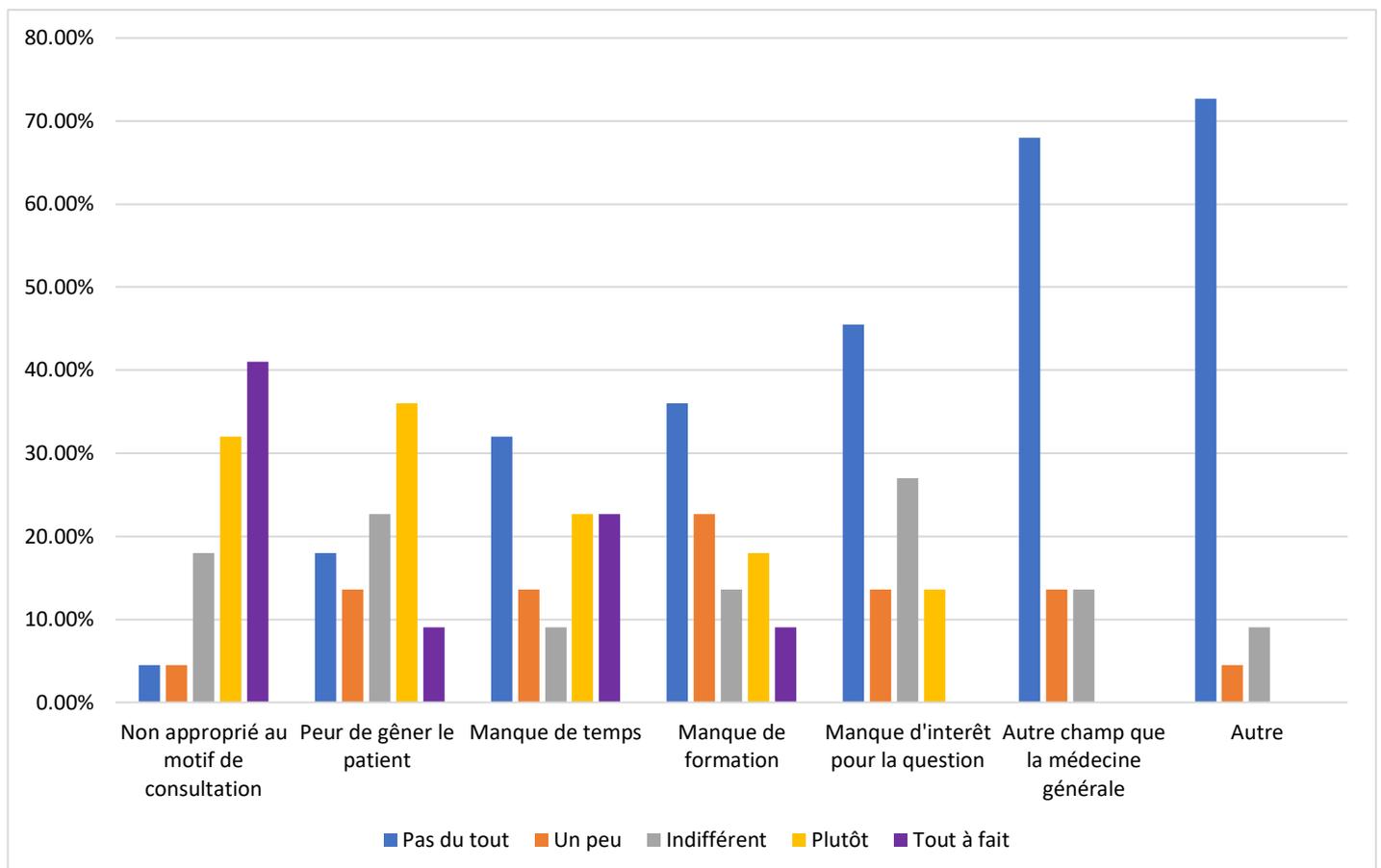


Figure 11: Raisons justifiant l'absence d'abord de la santé sexuelle en consultation (n=22)

En termes de pertinence, 59 % (39/66) des praticiens considéraient que le médecin généraliste devait régulièrement aborder la question de la santé sexuelle avec ses patients. Environ 36 % (24/66) des médecins estimaient que cette question devait être évoquée seulement à la demande du patient. Enfin, 4,5 % (3/66) des répondants affirmaient que le sujet ne devait pas être abordé de façon régulière.

Au niveau des habitudes de prescription, 91 % (61/66) des médecins dépistaient régulièrement les IST chez leurs patients. Les situations dans lesquelles les médecins réalisaient ce dépistage sont répertoriées dans la **figure 12**. La plupart des médecins interrogés dépistaient les IST dans des contextes spécifiques comme : les rapports sexuels à risque (92 %, 61/66), à la demande du patient (91 %, 60/66), lorsque le patient présentait des symptômes uro-génitaux (83 %, 55/66), ou lors d'un contexte d'exposition au IST (78 %, 52/66). Par opposition aux situations symptomatiques typiques, 65 % (43/66) des médecins procédaient à un dépistage systématique, 58 % (38/66) effectuaient ce dépistage dans le cadre de la grossesse, 42 % (28/66) dépistaient les IST chez les populations ayant des pratiques addictives, et enfin 12 % (8/66) des MG les recherchaient dans un contexte de retour de voyage. À noter que 2 médecins ont mentionné dans « Autre » les situations de transidentité et de proposition de bilan MST (Maladies Sexuellement Transmissibles) à l'occasion d'un autre bilan de santé.

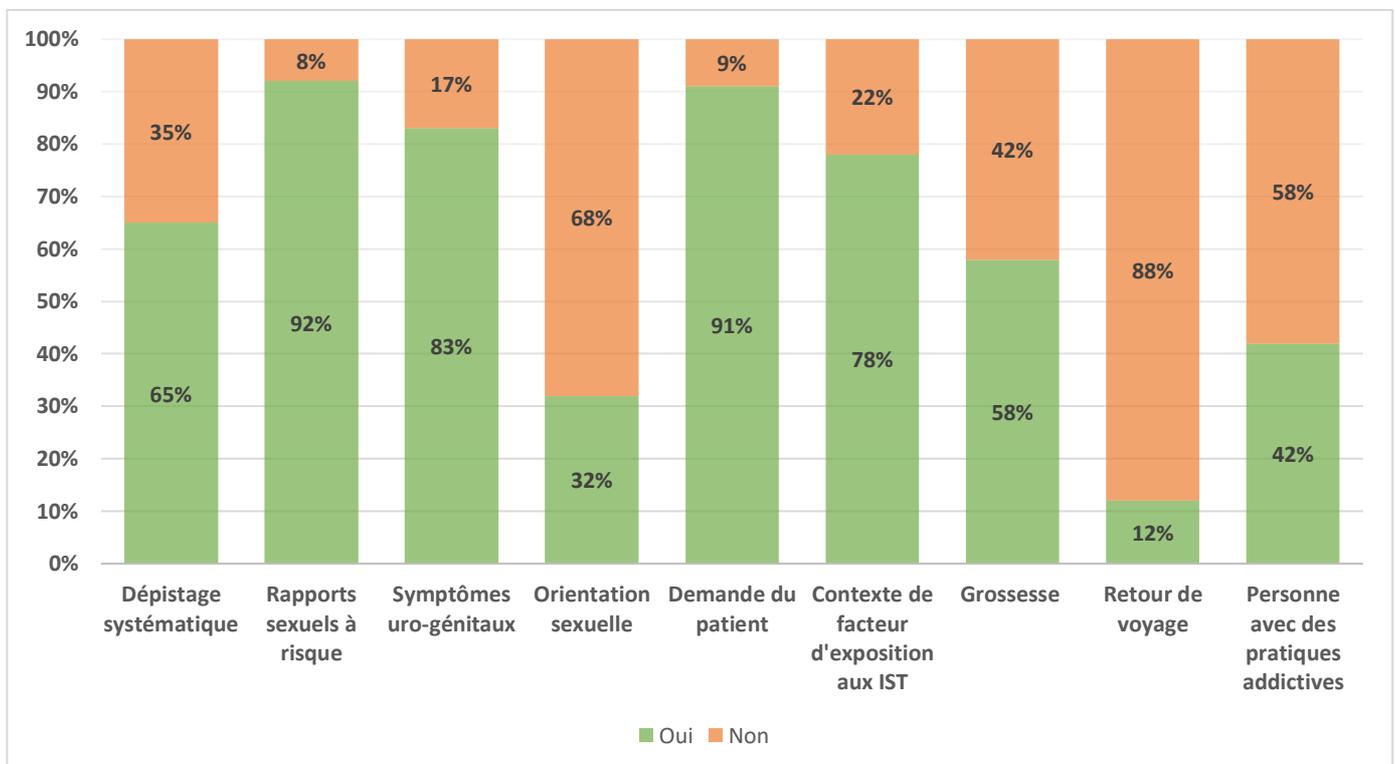


Figure 12: Dépistage des IST (n=66)

Environ 88 % (58/66) des répondants indiquaient exercer dans des structures où il était possible d'administrer des traitements contre les IST. D'ailleurs, environ 66 % (44/66) des médecins interrogés ont déjà été confronté à une situation relevant d'un TPE (traitement post exposition).

VIH

Parmi les 62 réponses de cette partie du questionnaire, 59 médecins (95 %) indiquaient détenir moins de 25 % de PVVIH dans leur patientèle. Deux d'entre eux possédaient une patientèle de PVVIH comprise entre 25 et 50 %, et un seul une patientèle de PVVIH comprise entre 50 et 75 %. Aucun n'en comptait plus de 75 %.

Environ 71 % (44/62) des médecins estimaient connaître le statut VIH de la majorité de leur patientèle, dont 77 % (34/44) qui travaillaient au sein de la ville de Paris contre 22,7 % (10/44) qui exerçaient en dehors ($p = 0,082$).

Plusieurs praticiens (13 %, 8/62) indiquaient disposer de TROD VIH (Test Rapide d'Orientation Diagnostique VIH) dans leur structure.

Enfin, 87 % (54/62) des médecins sollicités déclaraient avoir déjà renouvelé un traitement anti rétroviral chez un patient séropositif.

PrEP

Parmi les 60 réponses concernant la PrEP, 52 médecins (86 %) déclaraient avoir déjà entendu parler de la PrEP. Parmi eux, 1 médecin ne savait pas à qui ce traitement s'adressait, et 2 médecins ignoraient qu'il était désormais possible de l'initier en ville par un médecin généraliste. Les médecins déclarant connaître cet outil prophylactique, travaillaient, pour la plupart, dans Paris intra-muros (79 %, 41/52). Ces derniers étaient plus avisés sur les indications de la PrEP (80 %, 41/51) ($p = 0,008$) et sur la possibilité de l'initier désormais en ville (80 %, 40/50) ($p = 0,017$) comparativement aux MG exerçant en dehors de la ville de Paris (respectivement 19,6 %, 10/51 ; et 20 %, 10/50).

Nous avons noté que 17 répondants sur 60 (28 %) indiquaient avoir suivi une formation à ce sujet. Parmi ceux qui n'avaient pas suivi de formation, 3 comptaient en suivre une prochainement. Enfin, 39 médecins (65 %) assuraient avoir déjà effectué un renouvellement de PrEP au cours de leur carrière.

En termes de patients, 53 médecins (88 %) déclaraient n'avoir dans sa patientèle qu'au maximum 5 % de personnes prenant la PrEP.

Les médecins ayant déjà intégré la PrEP à leur pratique

Nous avons relevé 29 médecins (48 %) signalant avoir intégré la PrEP dans leur pratique ambulatoire. Pour 27 d'entre eux, celle-ci était réalisée au cours des consultations habituelles tandis que les 2 autres avaient choisi de créer des créneaux spécifiques dédiés à ce motif.

Les profils des patients sous PrEP suivis par ces médecins sont regroupés dans la **figure 13**. Concernant ces derniers, 93 % (27/29) des médecins rapportaient avoir des HSH ou personnes transgenres dans leur patientèle sous PrEP, 31 % (9/29) des patients hétérosexuels présentant un contexte de forte prévalence au VIH, 31 % (9/29) des patients avec partenaire VIH non contrôlé ou à risque d'infection, 17 % (5/29) des patients avec partenaire refusant les moyens de protection, 10 % (3/29) des patients avec antécédent de TPE, 10 % (3/29) des usagers de substances psycho-actives avec échange de matériel possible, et 10 % (3/29) des patients ayant effectué un voyage en zone de haute prévalence pour le VIH. À noter que 2 médecins ont répondu dans « Autre » les profils suivants :

- Transidentité.
- Couples où chaque membre vit dans un pays différent et ne se retrouvent qu'à certaines périodes.

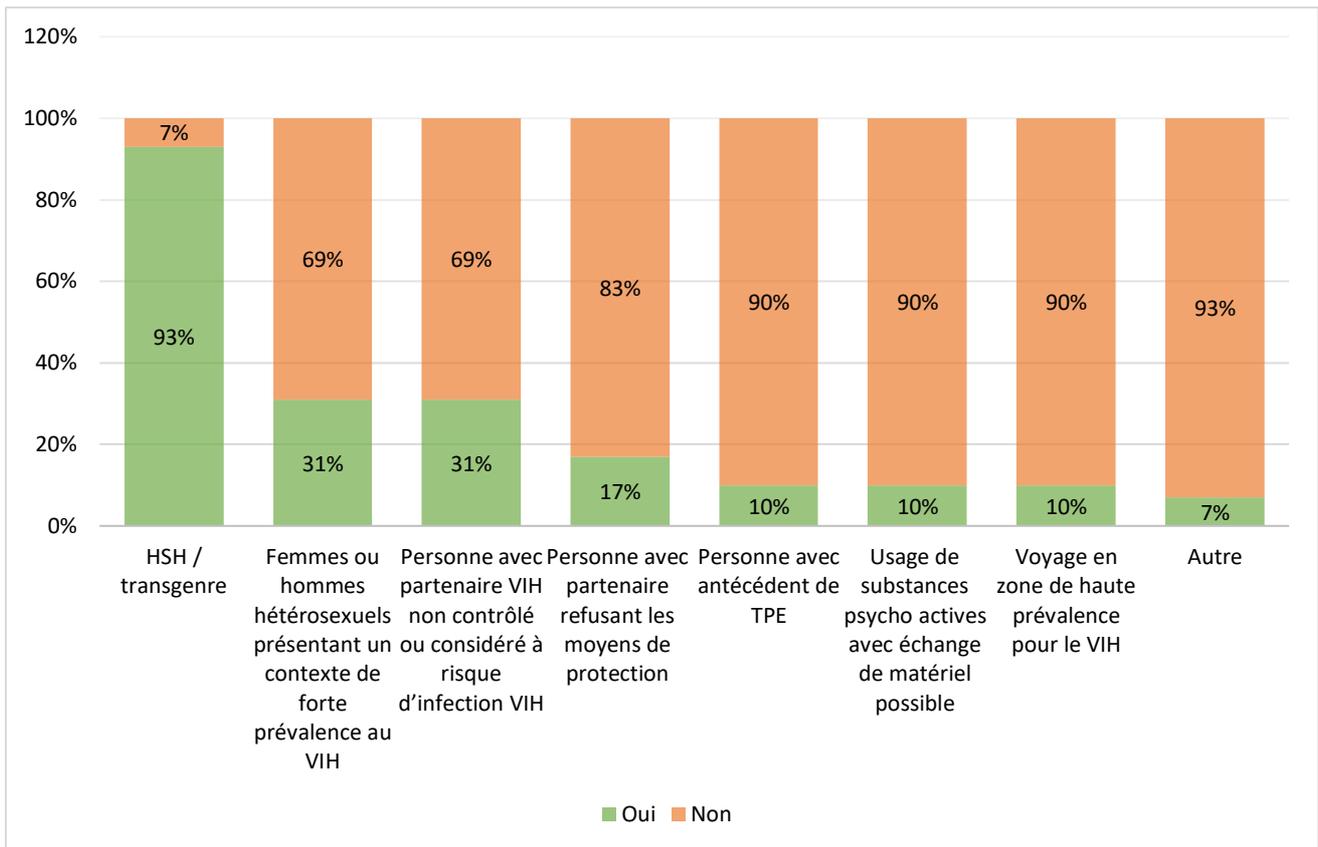


Figure 13: Profil des patients sous PrEP (n=29)

Parmi les médecins ayant intégré la PrEP dans leur pratique, 86 % (25/29) proposaient aux patients de les suivre pour le renouvellement du traitement, si ce n'était pas déjà le cas. On dénombrait 22 MG (88 %) installés dans Paris, prêts à effectuer ce suivi, versus 3 MG (12 %) exerçant en dehors de la ville ($p = 0,020$).

Depuis juin 2021, 17 % (5/29) de ces médecins ne l'ont jamais initié chez un patient alors qu'environ 55 % (16/29) l'ont initié chez moins de 10 patients. En revanche 27 % (8/29) de ces praticiens ont initié la PrEP chez 10 patients ou plus.

Concernant la durée des consultations estimées quant au suivi ou renouvellement et initiation de la prophylaxie, les modalités sont regroupées dans le **tableau 1**. En terme de durée, 38 % (11/29) des MG détenaient des créneaux de consultation de 15 minutes pour le suivi des patients sous PrEP, contre 10 % (3/29) pour la primo-prescription. Un certain nombre d'entre eux avait des créneaux de l'ordre de 15 à 30 minutes pour le suivi de la PrEP (52 %, 15/29), et pour la primo-prescription de celle-ci (62 %, 18/29).

Enfin, un médecin avait un créneau de 30 à 45 minutes pour le renouvellement de la prophylaxie, et 5 médecins pour initier cette dernière. Aucun des médecins interrogés ne prévoyait un délai de plus de 45 minutes pour les consultations axées sur la PrEP.

Durée des consultations	Suivi / Renouvellement	Primo-prescription
0 à 15 minutes	11 (38 %)	3 (10 %)
15 à 30 minutes	15 (52 %)	18 (62 %)
30 à 45 minutes	1 (3 %)	5 (17 %)
45 à 60 minutes	0 (0 %)	0 (0 %)
60 minutes	0 (0 %)	0
Non applicable	2 (7 %)	3 (10 %)

Tableau 1: Durée des consultations, (n=29)

La ligne « Non applicable » signifie que les médecins n'ont été exclusivement concernés que par les situations de renouvellement ou d'initiation de la PrEP.

Les médecins envisageant la PrEP dans leur pratique future

A propos des médecins qui signalaient ne pas avoir intégré la PrEP dans leur pratique, 29 % (9/31) d'entre eux comptaient la pratiquer dans le futur.

Pour ces 9 médecins, les profils de patients, pour lesquels ils envisageaient de proposer la PrEP, étaient les mêmes proposés que ceux de la **figure 13**, avec la mention d'un profil supplémentaire, à savoir les patients avec antécédent d'IST à répétition.

On retrouvait donc par ordre de fréquence décroissante :

- Les femmes ou hommes hétérosexuels présentant un contexte de forte prévalence au VIH (77 %, 7/9),
- Les HSH / transgenre (55,5 %, 5/9),
- Les antécédents d'IST à répétition (55,5 %, 5/9),
- Les personnes avec partenaire VIH non contrôlé ou à risque d'infection du VIH (44,5 %, 4/9),
- Les personnes avec partenaire refusant les moyens de protection (44,5 %, 4/9),
- Les personnes avec antécédent de TPE (22 %, 2/9),
- Les patients voyageant en zone de haute prévalence pour le VIH (22 %, 2/9),
- Les usagers de substances psychoactives avec échange de matériel possible (11 %, 1/9).

En termes de modalités, 5 médecins comptaient intégrer cette pratique en élaborant des communications générales sur la PrEP au sein du lieu d'exercice, et 2 médecins souhaitaient mentionner cette nouvelle offre au sein de leur structure. Par ailleurs, 3 praticiens envisageaient l'intégration de cette pratique sous réserve de la sollicitation des patients eux-mêmes. En revanche, aucun ne comptait créer des créneaux de consultation dédiée à la prescription de PrEP.

Au niveau de la durée estimée des consultations, elle serait du même ordre que chez les médecins ayant déjà intégré la PrEP à leur pratique. Seul un médecin comptait prévoir un créneau de 30 à 45 minutes pour effectuer une consultation de primo-prescription de PrEP.

Les médecins réfractaires à la PrEP

Parmi les 31 médecins qui n'ont actuellement pas intégré la PrEP à leur pratique, 71 % (22/31) ne comptaient pas effectuer de consultation PrEP dans le futur

Les raisons sont regroupées dans le **tableau 2**.

Elles sont par ordre de fréquence décroissante : l'absence de demande des patients (10/22), une sensation de manque de formation des MG réticents (9/22), l'existence de structures limitrophes proposant la PrEP (6/22), le manque de temps des praticiens (5/22), une patientèle non concernée par cette nouvelle offre (2/22), et enfin, l'absence d'intérêt pour cette prophylaxie (2/22).

	Oui	Non
Absence de demande des patients	10 (45,5 %)	12 (54,5 %)
Manque de formation	9 (41 %)	13 (59 %)
Structures limitrophes proposant cette offre	6 (27 %)	16 (73 %)
Manque de temps	5 (23 %)	17 (77 %)
Patientèle non concernée	2 (9 %)	20 (91 %)
Absence d'intérêt	2 (9 %)	20 (91 %)
Autre	5 (23 %)	0 (0 %)

Tableau 2: Raisons de l'absence d'intégration d'une activité PrEP, (n=22)

Parmi les raisons évoquées, dans « Autre », nous avons relevé les deux réponses suivantes :

- La recrudescence des IST (infections sexuellement transmissibles)
- Des médecins qui ne se sentent pas concernés par la PrEP.

Analyse univariée

L'analyse univariée n'a pas permis de mettre en lumière des associations statistiques significatives dans la volonté d'introduire la PrEP dans leur pratique ($p > 0.05$; **tableau 3**) à l'exception d'une corrélation entre le type de structure. Il a été mis en évidence que les médecins travaillant dans un centre de santé ont une plus grande volonté à intégrer la PrEP dans leur pratique ($p = 0,019$). En effet, 33% (3/9) des médecins qui souhaitaient initier la PrEP travaillaient dans des CMS, et aucun MG des CMS ne s'opposait à cette pratique.

Dans ce sens, on a remarqué que les MG qui travaillaient en cabinet libéral étaient moins désireux d'initier cette nouvelle offre dans leur structure avec 95,5 % (21/22) de médecins réfractaires à la PrEP qui déclaraient travailler en cabinet libéral, mais cette association n'était pas significative ($p = 0,063$).

Concernant les caractéristiques démographiques des médecins, il n'y avait pas de différence selon le genre des MG à être désireux d'initier la PrEP ou non. On constatait les mêmes résultats pour l'âge du praticien avec une tendance à intégrer la PrEP chez les médecins plus jeunes ($p = 0,505$). Parmi les praticiens âgés de moins de 40 ans, 44,4 % (4/9) étaient désireux de pratiquer des consultations PrEP, contre 18,2 % (4/22) médecins réfractaires. On remarquait donc que ce choix avait tendance à s'inverser chez les MG de plus de 60 ans avec 11 % (1/9) des MG interrogés favorables à intégrer la PrEP à leur pratique, contre 22,7 % (5/22) MG réticents.

Par ailleurs, il existait une volonté à intégrer la PrEP dans la pratique des médecins ayant déjà eu une expérience dans des structures spécialisées en maladies infectieuses, bien qu'elle ne soit pas significative ($p = 0,384$). En effet, 33,3 % (3/9) des médecins ayant eu un parcours infectieux étaient intéressés par la PrEP, alors que 18,2 % (4/22) ne souhaitaient pas intégrer cette nouvelle offre.

Cette tendance était aussi constatée lorsqu'ils avaient suivi une formation spécifique sur la santé sexuelle ou les pathologies infectieuses ($p = 0,560$) ; 22,2 % (2/9) des MG ayant suivi ces formations souhaitaient participer à des consultations de PrEP, contre 9 % (2/22).

Il n'a pas été mis en évidence, non plus, de lien entre l'aisance à aborder la santé sexuelle en consultation et la volonté de pratiquer la PrEP.

En revanche nous avons vu que les médecins étaient plus impliqués dans la PrEP lorsqu'ils disposaient de TROD VIH dans leur structure ($p = 0,077$) ; 22,2 % (2/9) des médecins concernés aspiraient à pratiquer des consultations axées sur la PrEP dans le futur. Nous n'avons recensé aucun MG réfractaires à la PrEP qui travaillaient dans des structures disposant de TROD VIH.

Enfin, nous avons aussi noté l'impression que les médecins connaissant les indications de la PrEP se sentaient plus désireux de l'intégrer dans leur pratique ($p = 0,379$) avec presque 89 % (8/9) de médecins souhaitant intégrer cette dernière.

Ils semblaient s'estimer également plus aptes à prescrire la PrEP lorsqu'une formation préalable sur ce sujet avait été suivie ($p = 0,290$) avec 11% (1/9) de médecins ayant suivi la formation, enclins à la PrEP. Dans cette catégorie de MG ayant participé à une formation sur la PrEP, aucun ne refusait de pratiquer des consultations axées sur la PrEP.

En revanche, il n'y avait pas de lien avec le fait d'avoir déjà renouvelé une PrEP chez leur patientèle ($p > 0,05$). En effet, parmi les médecins ayant déjà renouvelé la PrEP, 44,5 % (4/9) aspiraient à poursuivre dans ce sens en imaginant intégrer la PrEP, alors que 40,1 % (9/22) étaient résistants à cette intégration.

Profil des MG N = 31	Intégration de la PrEP envisagée N = 9	Refus d'intégration de la PrEP N = 22	Pvalue
Sexe			
Homme	4 (44,4 %)	12 (54,5 %)	1
Femme	5 (55,6 %)	10 (45,5 %)	
Age catégorie			
< 40 ans	4 (44,4 %)	4 (18,2 %)	0,505
40 à 50 ans	1 (11,1 %)	6 (27,3 %)	
50 à 60 ans	3 (33,3 %)	7 (31,8 %)	
> 60 ans	1 (11,1 %)	5 (22,7 %)	
Type de structure			
Cabinet libéral	6 (66,7 %)	21 (95,5 %)	0,063
Maison de santé	0 (0 %)	1 (4,5 %)	1
Centre municipal de santé (CMS)	3 (33,3 %)	0 (0 %)	0,019
Département d'exercice			
Haut de Seine (92)	1 (11,1 %)	1 (4,5 %)	0,317
Paris (75)	6 (66,5 %)	15 (68,2 %)	
Seine-Saint-Denis (93)	2 (22,2 %)	2 (9 %)	
Val d'Oise (95)	0 (0 %)	4 (18,2 %)	
Exercice en parallèle à l'hôpital	0 (0 %)	1 (4,5 %)	1
Structures spécialisées en maladies infectieuses au cours de leur formation	3 (33,3 %)	4 (18,2 %)	0,384
Formation spécifique suivie sur la santé sexuelle ou les pathologies infectieuses	2 (22,2 %)	2 (9 %)	0,560
Questions sur l'orientation sexuelle de ses patients	1 (11,1 %)	4 (18,2 %)	1
Abord habituel de la santé sexuelle en consultation	5 (55,5 %)	15 (68,2 %)	0,683
Dépistage régulier des IST	8 (88,9 %)	21 (95,5 %)	0,503
Administration de traitements contre les IST au sein de leur structure	7 (77,8 %)	19 (86,4 %)	0,613
Disposition de TROD VIH au sein de leurs structures	2 (22,2 %)	0 (0 %)	0,077

Connaissance du statut VIH de la majorité des patients	5 (55,5 %)	13 (59 %)	1
Renouvellement déjà effectué de TARV	7 (77,8 %)	18 (81,8 %)	1
Connaissance des indications de la PrEP	8 (88,9 %)	15 (68,2 %)	0,379
Renouvellement déjà effectué de PrEP	4 (44,5 %)	9 (40,1 %)	1
Formation effectuée sur la PrEP	1 (11,1 %)	0 (0 %)	0,290

Tableau 3: Caractéristiques des MG en fonction de la volonté d'intégrer la PrEP à leur pratique

Analyse en sous-groupe

Sur un total de 25 MG exerçant dans des CMS de la ville de Saint-Denis, 16 praticiens ont répondu à notre questionnaire. Ils exerçaient dans le CMS de la Plaine, le CMS Moulins, le CMS Barbusse et le CMS Cygne.

Parmi les répondants, environ 87 % (14/16) étaient des femmes, et l'âge médian était de 32 ans. La principale spécialité représentée était la médecine générale. Nous avons relevé une seule réponse d'un(e) gynécologue.

En termes d'activité, 25 % (4/16) d'entre eux étaient installés depuis plus de 10 ans, 25 % (4/16) depuis moins de 1 an, et le reste entre 1 et 10 ans. En plus de son exercice au sein des CMS, 1 médecin présentait une activité mixte « ville-hôpital » et travaillait au Service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) de l'hôpital Bichat.

Concernant leur parcours ; 9 médecins (56 %) avaient bénéficié d'une expérience dans des structures spécialisées en maladies infectieuses. De plus, 4 médecins (25 %) assuraient avoir suivi une formation spécifique sur la santé sexuelle ou les pathologies infectieuses. Parmi les autres, 4 médecins envisageaient d'en suivre une dans le futur.

Concernant la PrEP, tous les médecins avaient déjà entendu parler de cette prophylaxie, en connaissaient également les indications. On note que 6 répondants (37 %) déclaraient avoir déjà renouvelé la PrEP chez leurs patients.

Au niveau de la répartition de cette catégorie de patients, 5 médecins déclaraient n'en détenir aucun dans leur patientèle, 9 médecins entre 1 et 5 % et 1 médecin avec 10 % de patients suivant ce traitement. Un seul médecin ne connaissait pas cette proportion dans son activité.

Par ailleurs, 2 médecins ne savaient pas qu'il était possible d'initier la PrEP en ville par les MG. Parmi les 14 médecins informés de cette nouvelle possibilité, un seul médecin avait déjà initié la PrEP.

Concernant leur connaissance sur la PrEP, 6 médecins (37 %) avaient déjà effectué une formation sur le sujet. Parmi les non formés, 6 médecins (60 %) souhaitaient en faire une prochainement.

Tous les médecins étaient favorables à l'intégration d'une activité PrEP au sein des CMS -et souhaitaient la pratiquer-, à l'exception d'un médecin.

Parmi les 15 médecins favorables :

- 14 (93 %) jugeaient nécessaires d'intégrer les paramédicaux dans cette nouvelle offre,
- 11 (73 %) imaginaient l'intégrer via une communication générale sur la PrEP au sein des CMS (type affiche, flyers, etc),
- 11 (73 %) jugeaient nécessaires d'intégrer les Infirmières de Pratique Avancée (IPA),
- 10 (67 %) pensaient qu'il faudrait des temps de consultation plus longs,
- 10 (67 %) jugeaient nécessaires d'intégrer les conseillères conjugales
- 6 (40 %) jugeaient nécessaires d'intégrer les associations communautaires,
- 5 (33 %) imaginaient la création de créneaux de consultation dédiés à ce motif précis,
- 3 (20 %) jugeaient nécessaires d'intégrer les secrétaires.

Au total, 5 médecins (33 %) comptaient l'intégrer au cours des consultations habituelles, contre 10 (67 %) qui souhaitaient prévoir des consultations dédiées à ce motif exclusivement.

On notait 2 médecins ayant mentionné dans « Autre » les propositions suivantes :

- La nécessité de consultations dédiées pour les médecins référents PrEP, surtout pour la consultation initiale,
- Et, au cours des consultations du Centre de Planification ou d'Éducation Familiale (CPEF) après affichage et information.

Les profils envisagés des patients qui seraient sous PrEP, au sein des CMS, sont regroupés dans la **figure 14**. Dans leur patientèle actuelle, 93 % (13/14) des praticiens du CMS imaginaient proposer la PrEP à leurs patients HSH ou transgenre, 57 % (8/14) à leurs patients avec partenaire VIH non contrôlé ou à risque d'infection, 43 % (6/14) à leurs patients hétérosexuels présentant un contexte de fort prévalence au VIH, 36 % (5/14) à leurs patients avec des partenaire refusant les moyens de protection, 36 % (5/14) à leurs patients ayant des antécédents d'IST à répétition, 28 % (4/14) à leurs patients ayant effectué des voyages en zone de haute prévalence pour le VIH, 14 % (2/14) à leurs patients avec antécédent d'usage de TPE, 14 % (2/14) à leurs patients usagers de substances psychoactives, et enfin, 1 médecin a répondu qu'il ne savait pas.

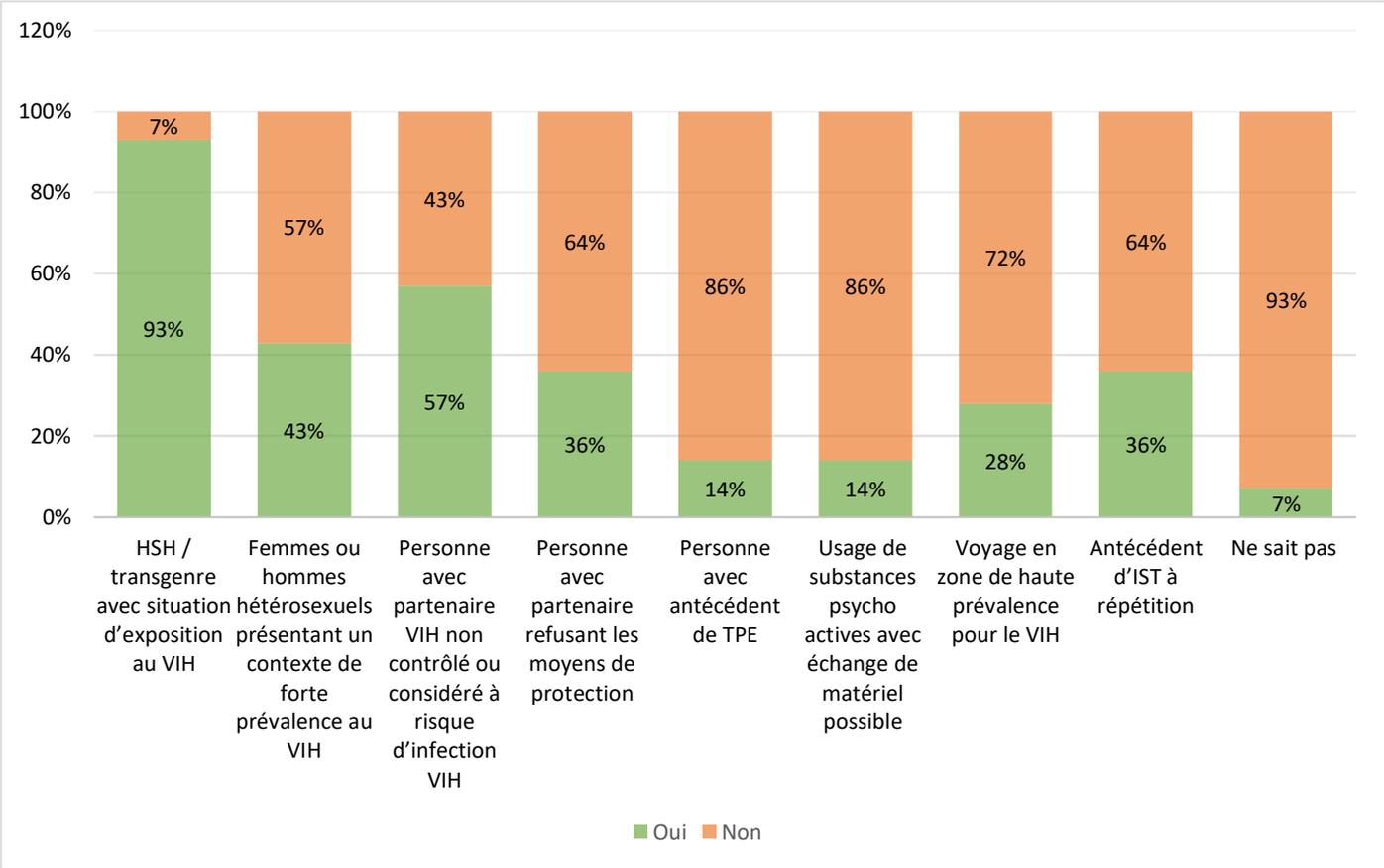


Figure 14: Profil attendu des patients sous PrEP, aux CMS (n=14)

À noter qu'un médecin, envisageant d'intégrer cette nouvelle entité au sein des CMS, n'a pas répondu quant aux profils des patients qu'il suivrait sous PrEP.

La durée envisagée des consultations de PrEP aux CMS est également répertoriée dans le **tableau 4**. Au total, 6 praticiens prévoyaient des créneaux de 15 minutes pour le renouvellement de la PrEP, aucun médecin n'envisageait cette durée pour initier la PrEP. Un certain nombre de médecins estimait des créneaux de 15 à 30 minutes pour le suivi de la PrEP (8 médecins) ou pour la primo-prescription de cette dernière (6 médecins). Presque la moitié des MG interrogés (47 %, 7/15) comptait sur des créneaux de 30 à 45 minutes pour initier cette prophylaxie. Enfin, un médecin anticipait des consultations de plus de 45 minutes pour primo-prescrire ou renouveler la PrEP.

Durée des consultations	Suivi / Renouvellement	Primo-prescription
0 à 15 minutes	6 (40 %)	0 (0 %)
15 à 30 minutes	8 (53 %)	6 (40 %)
30 à 45 minutes	0 (0 %)	7 (47 %)
45 à 60 minutes	1 (7 %)	1 (7 %)
60 minutes	0 (0 %)	1 (7 %)

Tableau 4: Durée des consultations aux CMS, (n=15)

DISCUSSION

Représentativité de l'échantillon

Notre étude a regroupé les réponses de 67 médecins, dont 60 réponses complètes, au moment de l'enquête. Tous les départements du territoire du COREVIH IDF Nord y étaient représentés dans des proportions différentes, avec plus de médecins issus du bassin parisien. La répartition était globalement équilibrée concernant le sexe et l'âge des MG.

Notre objectif, initialement, était de recueillir 300 réponses de MG sur le territoire étudié avec une répartition équivalente sur les différents départements, ainsi que 40 réponses des médecins exerçant aux CMS de la ville de Saint-Denis.

Au regard de ces éléments, on peut donc avancer que l'échantillon étudié n'était, malheureusement, pas tout à fait représentatif de la population des MG installés sur le territoire du COREVIH IDF Nord.

Rappel des principaux résultats de l'étude

La santé sexuelle en médecine générale

Dans notre travail de recherche, la plupart des MG qui déclaraient ne pas aborder la question de l'orientation sexuelle en consultation, l'ont justifié par plusieurs arguments. Les principaux arguments étaient le fait que ce n'était pas approprié au motif de consultation (62 %), la peur de gêner le patient (39 %) et le manque de temps (21 %) essentiellement.

Ces mêmes justifications ont été retrouvées dans le fait d'aborder de manière usuelle la santé sexuelle en consultation de médecine générale, avec également une sensation de manque de formation ressentie par les professionnels (29 %).

En effet une étude australienne a souligné que les MG n'étaient pas à l'aise pour discuter de la sexualité de manière opportuniste (42). Par ailleurs, dans diverses études, de nombreux médecins ont mentionné le manque de temps (28 % environ) et leur lourde charge de travail, ce qui rend difficile toute discussion sur le sujet. D'autres obstacles perçus sur l'abord de la sexualité en consultation étaient l'embarras, la discordance entre les sexes et l'âge, et le manque de connaissances sexuelles.

Généralement, les médecins généralistes avaient des attitudes favorables envers la gestion de la santé sexuelle, mais ne considéraient pas toujours qu'il était de leur responsabilité d'initier cette discussion (36) (42) (43) (44) (45) et (46).

Nous avons, également, constaté que la plupart des médecins interrogés dépistaient les IST chez les patients lorsque ces derniers avaient des rapports à risques (92 %), leur demandaient spécifiquement un dépistage (91 %), ou avaient des symptômes uro-génitaux (83 %). Seulement 65 % des MG procédaient à un dépistage systématique.

Ces données sont confirmées par la même étude australienne qui a constaté que les MG avaient une approche plus réactive que proactive en termes de santé sexuelle. Ces derniers étaient généralement à l'aise avec des patients lorsqu'ils se présentaient spécifiquement pour des conseils en matière de santé sexuelle, et étaient plus susceptibles de tester les IST dans une présentation symptomatique (42) (43) et (44).

Dans ce sens, une étude qualitative avec interrogatoire des MG des Hauts de Seine, recensée dans la revue *Exercer*, a relevé les mêmes constatations (43). Il a encore été vu que les MG manquaient de temps, et se sentaient insuffisamment formés sur les thématiques de sexualité. Certains, même, considéraient qu'il ne s'agissait pas de leur ressort, et que les spécialistes étaient plus légitimes.

Différents moyens ont été, alors, proposés pour pallier à ces difficultés ; création de créneaux de consultation dédiés sur la sexualité, abord de la sexualité de façon systématique à la première consultation lors du recueil des antécédents afin de « désamorcer » la gêne autour du sujet avec des questions du type « Avez-vous un, une, ou des partenaires ? » (43).

Au total, la santé sexuelle s'avère être un objectif de santé publique, et la sexualité doit, donc, être une thématique à davantage développer et familiariser en médecine générale.

Dans notre étude, presque 50 % des médecins interrogés ont déjà intégré la PrEP dans leur pratique. Une grande majorité des MG interrogés (93 %) déclaraient proposer la PrEP à des patients HSH ou transgenres, et dans une moindre proportion, aux patients hétérosexuels présentant un contexte de forte prévalence au VIH (31 %). Ces données font opposition aux médecins qui n'ont pas encore intégré la PrEP à leur pratique, mais qui souhaitent le faire dans un futur proche. En effet, bien que la taille de l'échantillon des médecins concernés soit petite (9 médecins au total), les MG envisageant d'intégrer la PrEP ont l'intention de la prescrire, essentiellement, à leurs patients hétérosexuels présentant un contexte de forte prévalence au VIH (77 %), puis aux HSH et personnes transgenres (55 %), et enfin, aux patients avec antécédents d'IST à répétitions (55 %). Ce dernier profil « IST à répétitions » n'avait pas été proposé aux MG ayant déjà intégré la PrEP à leur pratique, et il aurait pu être intéressant d'étudier sa proportion dans cette population.

Comme dit dans l'introduction, les HSH sont la catégorie de la population qui représente le plus grand taux d'incidence. Ils sont, de ce fait, considérés comme un groupe prioritaire pour le déploiement de la PrEP au détriment des autres populations, notamment des hétérosexuels nés à l'étranger qui sont actuellement la catégorie de personnes la plus touchée par le VIH en France (47).

En effet, on remarque que peu de médecins ont estimé les personnes en situation de migration éligibles à une prescription de PrEP. Or les personnes migrantes étant particulièrement exposées à une contamination après leur arrivée sur le sol français, favoriser leur accès à la prévention est un axe prioritaire de santé publique (48). En effet, les personnes nées en Afrique sub-saharienne représentent une proportion non négligeable des PVVIH en Ile de France et de l'épidémie cachée. Une enquête exploratoire qualitative au sein des associations Afrique Avenir et Basiliade a ainsi montré la méconnaissance de la PrEP au sein de cette population (49). C'est pourquoi, Ahouanto-Chaspoul et al., dans leur étude, ont cherché à promouvoir la PrEP chez les personnes aux parcours migratoires importantes (50).

Dans ce sens, des interventions ont commencer à se mettre en place afin d'inclure également ces populations plus vulnérables et plus précaires dans un circuit PrEP. Ceci se manifeste, entre autres, par la création d'un projet « Parcours PrEP à Aubervilliers » via l'intervention du Checkpoint et du CMS du Dr Pesqué. Il a pour but d'adapter le parcours PrEP aux besoins en santé de ces populations migratoires, en rapprochant les consultations des lieux de vie et de soins habituels de ces personnes (29).

La formation PrEP en médecine générale

Un tiers de notre population d'étude dit avoir effectué une formation sur la PrEP ou est intéressée pour en suivre une. On a vu, dans notre analyse univariée, que les MG se sentaient plus légitimes à effectuer des consultations de PrEP lorsqu'ils avaient suivi une formation, bien que ce résultat ne soit pas statistiquement significatif ($p = 0,290$).

Il existe différents outils de formation sur la PrEP disponibles et accessibles à tous.

Parmi eux, nous comptons les fiches rapides de la HAS, le site internet VIH clic, la plateforme FormaPrEP, ainsi que l'outil MedEdPortal (3) (34) et (51).

MedEdPortal est une présentation powerpoint (PPT) et des études de cas sur le risque de VIH et l'accès à la PrEP, destinés à un projet parascolaire des facultés de médecine où le but est d'enseigner aux étudiants un module de formation personnalisé sur le risque de VIH et l'accès à la PrEP dans leurs communautés (51).

On constate, donc, qu'il existe un nombre suffisant d'aides à la formation pour prescrire la PrEP en ville chez les MG, mais qu'ils sont insuffisamment consultés, probablement par absence de connaissance de ces derniers.

Il apparaît, de ce fait, nécessaire de renforcer la promotion et l'accessibilité facile de ces outils de formation, voire il est pertinent de diffuser ces informations dès le cadre universitaire afin de sensibiliser davantage les étudiants dans leur pratique future.

Par ailleurs, d'autres travaux de recherche ont souligné l'importance et l'attente des patients bénéficiant de la PrEP, quant à la formation de leur MG. Ils considéraient nécessaire que leur médecin traitant ait suivi une formation sur cet outil prophylactique, et se sentaient davantage en confiance quand c'était le cas (52).

Aspects pratiques de la PrEP en médecine générale

Concernant la durée des consultations, et parmi les MG ayant déjà intégré la PrEP, on remarque que 17 % ne l'ont jamais primo-prescrite (soit 5 médecins sur 29).

Or, 29 médecins interrogés ont répondu pour la durée des consultations de primo-prescription dans le **tableau 1** (dont 3 MG déclarant être confrontés qu'à des situations de renouvellement), donc 2 MG ont répondu alors qu'ils n'avaient jamais fait de primo-prescription. On peut, donc, laisser sous-entendre qu'ils imaginaient une durée quelconque s'ils avaient rencontré une situation d'initiation de la PrEP.

La plupart des médecins interrogés estimaient des créneaux de consultation de l'ordre de 15 à 30 minutes pour le suivi ou renouvellement de PrEP (52 %) et la primo-prescription de cette prophylaxie (62 %).

Aucun médecin ne prévoyait ou n'avait mis en place des consultations dédiées à ce motif précis, par opposition aux médecins des CMS que nous détaillerons par la suite.

Il existait de ce fait une ambivalence ; les MG prévoyaient des durées de consultation plus longues pour la PrEP, mais ne souhaitaient pas la création de créneaux dédiés à ce motif.

Aux vues de ces données, on peut se poser la question de la pertinence d'une cotation spécifique en médecine générale, relative à la santé sexuelle, qui inclurait le suivi ou la primo-prescription de PrEP.

Les réticences liées à la PrEP en médecine générale

Au total, 22 médecins interrogés ne souhaitaient pas intégrer la PrEP dans leur pratique future. Les raisons évoquées étaient principalement l'absence de demande de leur patient (45,5 %), le manque de formation sur la question (41 %) et enfin certains avaient mentionné que cette pratique était à l'origine d'une recrudescence des IST.

Le manque de connaissances liées la PrEP, comme principale réticence à intégrer la PrEP dans sa pratique, a déjà été soulevé dans de nombreuses précédentes études (35) (36) (37) (38) (39) et (40).

On a vu, plus haut, qu'ils existaient des outils de formation qui nécessitaient une plus grande propagande et diffusion afin de pallier à cette sensation de manque de connaissances (3) (34) et (51).

Ensuite, justifier la réticence à effectuer des consultations de PrEP via l'absence de sollicitation des patients est à nuancer. En effet, il existe une disparité dans l'attente des patients vis-à-vis de leur médecin traitant, et les pensées de ce dernier. Une étude américaine a montré que, plus de 7 MG sur 10 pensaient qu'ils offenseraient les patients en posant la question de l'identité de genre ou de l'orientation sexuelle, alors que seulement 9 à 11 patients sur 100 se sentiraient clairement choqués si la question leur était posée (53). Ces mêmes informations sont confirmées par l'étude homoGEN qui constate que 91 % des patients dont les MG connaissent l'orientation sexuelle, le sont à l'initiative des patients eux-mêmes (54).

On peut, donc, largement extrapoler ces données à la thématique de la PrEP où les MG en considérant que c'est à leur patientèle d'aborder le sujet, voient naître une certaine frustration chez leurs patients qui n'osent pas revendiquer cette prophylaxie par stigmatisation, peur, ou attentes de la part de leur médecin traitant.

Par ailleurs la recrudescence des IST a été infirmée par Blumenthal qui rapporte qu'il n'a pas été mis en évidence de modification du comportement sexuel à travers la PrEP (55). Dans ce sens et dans sa méta-analyse, en 2017, Traeger et al. ont montré que l'incidence des IST augmentait chez les utilisateurs de la PrEP, mais cela était logique dans la mesure où ces derniers étaient dépistés et diagnostiqués beaucoup plus souvent que dans la population générale (56). Le programme PrEP peut, dans cette optique, s'avérer être un outil pertinent dans le dépistage et la lutte contre les IST.

Disparités territoriales en termes de santé sexuelle et de PrEP

On a également constaté, au travers de notre étude, que les médecins parisiens avaient tendance à aborder plus facilement la santé sexuelle en consultation que les MG issus des autres départements ($p = 0,082$).

Dans ce sens, ils connaissaient davantage le statut VIH de leur patientèle ($p = 0,082$) et étaient plus avisés sur la PrEP ($p = 0,026$), ses indications ($p = 0,008$) et la possibilité d'initier cette dernière depuis juin 2021 ($p = 0,020$). Ils prévoyaient, pour 88 % d'entre eux, d'entreprendre un suivi de leur patient sous PrEP si ce n'était pas le cas avant, contre 12 % des MG des autres villes ($p = 0,020$).

Ces résultats peuvent s'expliquer par un taux de réponse plus élevé des MG exerçant au sein de la ville de Paris (N=46), ce qui a pu surestimer nos analyses. Mais ce déséquilibre soulève, peut-être, un engouement plus prononcé des médecins parisiens vis-à-vis de la PrEP.

En effet, il a été vu que les utilisateurs de Truvada étaient essentiellement concentrés dans les communes de plus de 200 000 habitants (72 % au premier semestre 2021, 67 % au premier semestre 2022), au détriment des territoires moins peuplés. Mais cette différence tend à s'atténuer au cours des années, avec l'élargissement de la PrEP (27).

Malgré cet écart en cours de réduction, les patients bénéficiant de la PrEP sont plus concentrés dans les villes denses et ont, donc, nécessairement plus de demandes concernant cet outil prophylactique envers leur médecin traitant.

Par ailleurs, on assiste à des déséquilibres importants d'accès aux CEGIDD au sein même des zones très densément peuplées entre les métropoles et leur périphérie, comparativement faiblement dotées (58). Effectivement, la ville de Paris regroupe 13 CEGIDD (et 24 centres de santé sexuelle) contre 2 CEGIDD dans les territoires étudiés de la Seine-Saint-Denis et du Val d'Oise, et 1 CEGIDD dans la commune de Clichy (59). Compte tenu de cette offre plus dense à Paris, il existe une sensibilisation plus importante à la sexualité, un recours plus fréquent aux activités de dépistage, et enfin, une demande plus importante concernant la santé sexuelle de la part des patients parisiens. Ces derniers sollicitent, par conséquent, plus aisément leur MG qui se voient davantage confrontés aux thématiques sur la santé sexuelle, le VIH et la PrEP. Ces données territoriales pourraient ainsi expliquer nos résultats.

Les CMS et la PrEP

La seule association statistiquement significative de notre étude était l'activité en CMS et la volonté d'intégrer la PrEP dans sa pratique ($p = 0,019$). On peut s'imaginer que les MG aient cette aspiration par le fait de travailler en groupe, et d'être plus en confiance ensemble qu'isolés. De plus, on peut également soulever l'argument économique, où les MG travaillant en CMS, sont rémunérés au salariat horaire contrairement aux autres praticiens libéraux qui dépendent des cotations liées aux actes, et sont donc, plus tributaires de la pression financière des consultations chronophages.

Nous n'avons, cependant, pas retrouvé de lien entre le travail en groupe et la volonté d'effectuer des consultations PrEP, avec l'exercice au sein des maisons de santé, ce qui entrave notre hypothèse ($p > 0.05$). Cela peut s'expliquer par un faible effectif de médecins travaillant en maison de santé (10/67, 15 %) avec un manque de puissance, empêchant de retrouver une association entre l'exercice au sein de maisons de santé et la volonté d'initier la PrEP.

Nous avons vu, dans notre analyse en sous-groupe, que l'ensemble des MG des CMS de la ville de Saint-Denis étaient favorables à l'intégration d'une activité PrEP au sein des structures, et ce, avec l'aide de tierces personnes comme les paramédicaux, les Infirmières de Pratique Avancée (IPA), etc.

Cependant, nous avons noté quelque discordance dans notre analyse. En effet, sur les 16 médecins interrogés, 15 sont favorables à l'initiation de la PrEP au sein des centres de santé, et 5 disent imaginer la création de créneaux spécifiques dédiés à ce motif pour ce faire. Or lorsqu'on les interroge spécifiquement quant à leur pratique personnelle, 10 médecins déclarent vouloir avoir des consultations spécifiques dédiées à ce motif. Il existe, de ce fait, des disparités entre l'imagination de l'intégration d'une activité PrEP au sein des CMS et sa mise en pratique réelle.

Les profils des patients qui seraient sous PrEP, au sein des CMS, étaient sensiblement les mêmes que ceux des MG ayant déjà intégré la PrEP à leur activité, avec des proportions similaires (soit des HSH ou personnes transgenres dans 93 % des cas, des hétérosexuels présentant un contexte de forte prévalence au VIH dans 43 % des cas).

En revanche, les MG des CMS prévoient des temps de consultation plus longs avec une majorité de créneaux de consultation estimée à 30 à 45 minutes pour une primo-prescription de PrEP (soit 47 % des médecins interrogés). On peut, donc, constater que ces derniers anticipaient plus de temps pour les consultations de PrEP en médecine générale. Ceci peut s'expliquer par une patientèle plus compliquée, plus précaire dans cette zone de l'Île de France. En effet, le département de la Seine-Saint-Denis, et notamment la ville de Saint-Denis, sont des zones où plus de 30 % de la population est immigrée (57).

Comme souligné, précédemment, Ahouanto-Chaspoul M et al. ont informé que les personnes en situation de migration avaient peu accès aux informations sur la sexualité et les moyens de préventions existants (50). Entreprendre une initiation ou un suivi PrEP chez ces populations donne lieu à des consultations plus chronophages, ce qui justifie l'estimation plus longue des durées de consultations des MG des CMS.

Les forces de l'étude

Notre étude était une étude originale, dans la mesure où les travaux déjà effectués sur la PrEP n'avaient exploré essentiellement que les freins à l'utilisation de cette dernière par le médecin généraliste en ville. Il était intéressant d'identifier les déterminants positifs qui poussaient les médecins à intégrer cette nouvelle pratique ou à l'envisager.

De plus, notre étude cherchait à mettre en lumière les facteurs pratiques facilitant le bon déploiement de la PrEP en ville.

En outre, nous avons utilisé un questionnaire structuré et utilisé un programme en ligne au lieu d'un entretien personnel. Bien que cela puisse entraîner des réponses hâtives, les participants pourraient être plus honnêtes dans les réponses données de manière anonyme. Ceci a permis de limiter le biais de classement.

Le territoire du COREVIH IDF Nord était pertinent pour notre étude avec plus de 8000 PVVIH sur notre territoire (11). Dans ces derniers territoires, une grande majorité de la population a un parcours migratoire complexe, avec un grand nombre de patients hétérosexuels présentant un contexte de forte prévalence ou d'exposition au VIH, et de ce fait, une excellente indication à recevoir la PrEP.

Les limites de l'étude

Peu de médecins ont répondu au questionnaire, malgré de nombreuses sollicitations, ce qui confère un manque de puissance de notre étude. Ceci pourrait largement expliquer l'absence de liens significatifs retrouvés.

En effet, nous envisagions un taux de réponses minimum estimées à 300 MG au total, pour avoir un échantillon représentatif de notre population d'étude. Mais malgré des prises de contact multiples, des mois d'attente et de relance, et devant les difficultés de diffusion nous avons été contraints d'arrêter avant. Ces données manquantes ont entraîné un biais de sélection.

Par ailleurs, les médecins issus des différents départements de notre population d'étude n'étaient pas représentés en proportion équivalente. On dénombrait plus de MG en provenance du bassin parisien (68,5 %) au détriment des autres départements (12 % en Seine-Saint-Denis, 12 % en Haut de Seine, et 7,5 % dans le Val d'Oise), ce qui a probablement biaisé l'analyse de nos résultats.

Enjeux et perspectives

Notre étude confirme que l'intégration d'une activité PrEP en médecine générale est complexe, et suppose plusieurs réorganisations du système ambulatoire.

Les précédentes études réalisées sur le sujet montraient, en effet, une réticence des MG à effectuer des consultations de PrEP, le plus souvent par sensation de manque de connaissances et manque de confiance en soi. Or, notre travail avait pour but d'identifier les déterminants positifs et négatifs de l'intégration d'une activité PrEP, ainsi que les moyens concrets pour faciliter son implantation dans le champ de la médecine générale.

On a vu que le fait de travailler en groupe, au sein de structures bien identifiées (comme les CMS), pouvaient avoir un impact positif sur le déploiement de la PrEP en ville.

La gestion du temps -avec des consultations considérées chronophages- apparaît être, également, un point important chez les praticiens libéraux, qui sont plus impactés financièrement par des consultations longues et complexes que chez les médecins exerçants en tant que salariés au sein des CMS. De ce fait, la mise en place d'une cotation spécifique à la santé sexuelle ou à la PrEP semble être une perspective intéressante.

Notre travail soulève, entre autres, plusieurs enjeux, à la fois d'un point de vue des usagers et des professionnels de santé.

En premier lieu, élargir la prescription de PrEP à d'autres populations que les HSH, notamment les personnes en situation de migration. Cet objectif passe par une information plus large et diffuse à l'ensemble des communautés concernées par la PrEP. De plus, les motifs relatifs à la santé sexuelle et / ou la PrEP peuvent également constituer une porte d'entrée dans un parcours de médecin traitant chez les patients migrants ou précaires.

Ensuite, promouvoir l'abord de la santé sexuelle, et les thématiques associées (IST, VIH, PrEP) dès le cycle universitaire afin de sensibiliser les étudiants dans leurs pratiques futures.

Poursuivre une formation adaptée sur la PrEP aux professionnels de santé, et notamment les MG avec la promotion de nouveaux outils de télémédecine par exemple (sites web dédiés, webinaires, applications mobiles, etc.) en plus des autres outils déjà existants (60).

Tout ceci a pour but de favoriser une intégration d'une activité PrEP chez les MG installés.

Cette intégration permettra d'anticiper et de promouvoir un suivi des patients dont les problèmes infectieux sont au premier plan, ou à risque de développer des comorbidités infectieuses, et qui jusque-là étaient essentiellement suivis en structure hospitalière ou en structure CEGIDD.

Par ailleurs, nous avons constaté qu'un grand nombre des médecins que nous avons interrogés avait déjà été confronté à des situations relevant de la prescription d'un TPE, autre moyen de prévention essentiel du VIH (66%, 44/66).

Il serait judicieux, par similarité, d'étudier dans d'autres travaux de recherche la possibilité et la faisabilité d'un suivi ainsi que d'une primo-prescription de TPE en ville par les MG (comme pour la PrEP).

CONCLUSION

La PrEP s'avère ne pas seulement être un médicament, mais un programme pour la lutte contre les IST et la prévention du VIH.

On a vu que les MG étaient dans l'ensemble favorables à s'établir en tant qu'acteur principal dans ce nouveau programme de prévention. Sa mise en place en pratique ambulatoire reste complexe, et nécessite des ajustements afin de généraliser cet outil prophylactique dans le domaine de la médecine générale.

Divers éléments pour faciliter son ancrage en médecine de ville ont été constatés.

Tout d'abord, promulguer des enseignements sur la sexualité dès le cycle universitaire pourrait sensibiliser davantage les futurs praticiens aux thématiques portant sur la santé sexuelle en médecine générale. Ces enseignements permettraient un meilleur abord de la santé sexuelle en médecine générale, avec par exemple un recueil systématique des antécédents et des histoires de vie liées à la sexualité lors des premières consultations. Tout ceci dans un but de désamorcer la gêne et les appréhensions de chacun, afin de faciliter les discours portant sur la prévention du VIH et l'éventuelle indication d'une PrEP.

Ensuite, on a vu qu'il existait un grand nombre de ressources consultables pour l'aide à la prescription de la PrEP qui sont disponibles et accessibles pour tous, mais insuffisamment consultées. Une des missions est de diffuser ces informations de façon plus large et adaptée, aussi bien aux usagers -acteurs de leur santé-, qu'aux professionnels de santé dispensant les soins de premier recours.

D'autres déterminants positifs liés à la généralisation de la PrEP en ville sont, notamment, le travail des MG en groupe (dans des structures types CMS), et l'aménagement de plages horaires de consultations dédiées à la primo-prescription ou au renouvellement de cet outil préventif. Par ailleurs, fournir des directives générales sur cette prophylaxie au sein des centres ou maison de santé, et renforcer sa sensibilisation dans les territoires moins dotés en structures de santé sexuelle, vient renforcer l'ancrage de cette pratique en ambulatoire.

La mise en place d'une cotation spécifique, liée aux consultations de renouvellement ou d'initiation de PrEP, semble être une piste prometteuse qui mérite d'être étudiée.

Enfin, afin de faciliter son intégration dans le champ de la médecine générale, la sollicitation des équipes paramédicales, en lien avec les MG, pourrait également constituer une solution adéquate.

Ces résultats méritent d'être poursuivis et approfondis par une étude de plus forte puissance, et plus représentative. Il serait judicieux de suivre une cohorte de patients, bénéficiant de la PrEP, suivis en médecine de ville. Cette étude permettrait d'adopter des nouvelles stratégies de santé sexuelle adaptées au contexte local.

BIBLIOGRAPHIE

1. Centre bruxellois d'information des jeunes – Inforjeunes « Histoire du SIDA » 2019.
Disponible sur : <http://www.jeminforme.be/index.php/sante-drogues/sida/histoire-du-sida#:~:text=Les%20premi%C3%A8res%20preuves%20tangibles%20remontent,ledit%20Kaposi%20en%201872%2C%20le>
2. Foire aux questions : VIH et sida [Internet]. [cité 14 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.unaids.org/fr/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>
3. VIH clic. Site à destination des professionnels de santé. Fiches conseils médecins. Septembre 2019. [Internet] Disponible sur ; <https://vihclic.fr/fiches-conseils/medecins/>
4. Les trithérapies antirétrovirales. Site Planet Vie Germanaud D. Furelaud G. [Internet] Disponible sur : <https://planet-vie.ens.fr/thematiques/cellules-et-molecules/les-tritheries-antiretrovirales#:~:text=Les%20trith%C3%A9rapies%2C%20en%20limitant%20durablement,l'infection%20par%20le%20VIH.>
5. Cohen MS, Gay CL. Treatment to Prevent Transmission of HIV-1. Clin Infect Dis. 15 mai 2010;50(0 3):S85-95.
6. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2021. [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2021>
7. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2022. [Internet]. [cité 13 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2022>

8. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Epidémiologie de l'infection à VIH en France Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH, Rapport sous la direction du Pr Morlat, sous l'égide de l'ANRS et du CNS, 2017. 2017;26.
9. Supervie V. Données épidémiologiques VIH récentes en France, Virginie Supervie UMR S 1136, Inserm, UPMC, Paris, ANRS, 2016. Journ Natl Société Fr Lutte Contre SIDA. :29.
10. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST, Ile-de-France. Novembre 2019. [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ile-de-france/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-vih-ist-ile-de-france.-novembre-2019>
11. COREVIH IDF NORD [Internet] Disponible sur : <https://www.corevih-idfnord.fr/>
12. Le Département de Seine-Saint-Denis s'engage auprès de l'association « Vers Paris sans SIDA » [Internet]. seinesaintdenis.fr. [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: <https://seinesaintdenis.fr/Le-Departement-de-Seine-Saint-Denis-s-engage-aupres-de-l-association-Vers-Paris.html>
13. Rapport France LERT : La Seine-Saint-Denis, un Département engagé pour la fin du sida en 2030. 2019
14. Région LP. Pour une région sans sida [Internet]. L'Institut Paris Region. [cité 15 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/pour-une-region-sans-sida.html>
15. ALD n° 7 - Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_634723/fr/ald-n-7-infection-par-le-virus-de-l-immunodeficiency-humaine-vih

16. Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles - Légifrance [Internet]. [cité 14 janv 2023]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030824409>

17. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. [Internet] Disponible sur :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

18. ONUSIDA - About UNAIDS [Internet]. [cité 14 janv 2023]. Disponible sur :

<https://www.unaids.org/fr/howeare/about>

19. 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.

20. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. Lancet. 2 janv 2016;387(10013):53-60.

21. 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.

22. Laëtitia G. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire. 2021

23. PREP info « La PrEP » [Internet] Disponible sur : <http://prep-info.fr/>

24. La prophylaxie pré exposition (PrEP). Ghosn J. Service des maladies infectieuses Hôpital Bichat.

25. HIV pre exposure prophylaxis [Internet]. Australian Journal of General Practice. [cité 12 nov 2021]. Disponible sur : <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2019/october/hiv-pre-exposure-prophylaxis>
26. Spinner CD, Boesecke C, Zink A, Jessen H, Stellbrink H-J, Rockstroh JK, et al. HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP): a review of current knowledge of oral systemic HIV PrEP in humans. Infection. 1 avr 2016;44(2):151-8.
27. EPI-PHARE [Internet]. 2022 [cité 5 juill 2023]. Suivi de l'utilisation de la PrEP au VIH. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/suivi-utilisation-prep-vih-2022/>
28. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 déc 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
29. Qui sommes-nous ? | Checkpoint Paris [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.checkpointparis.org/qui-sommes-nous/>
30. Le190. Qui sommes-nous – Le190 [Internet]. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://le190.fr/qui-sommes-nous/>
31. Qui sommes-nous ? [Internet]. Paris sans sida. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.parissanssida.fr/qui-nous-sommes>

32. Connaissance de la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) chez les médecins généralistes en 2020 : une enquête française | Lecteur amélioré Elsevier [Internet]. [cité 5 avr 2023]. Disponible sur:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2666991923000118?token=3BBA5D166DD1719DA4B67B54F97FA4DEE87CD51C7A4D40DC16AFE21886563C6F41EF0DFCD3D29D2DF5B878CE2B16AC36&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230329144632>
33. Connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes exerçant aux Antilles française en matière de PrEP-VIH. Présentation journée PrEP, IST, SFLS, 31/05-01/06/2023
34. FormaPrEP. [Internet] Disponible sur <https://www.formaprep.org/index.php>
35. Chiarabini T, Lacombe K, Valin N. Prophylaxie préexposition au VIH (PrEP) en médecine générale : existe-t-il des freins ? Sante Publique. 2 juill 2021 ;33(1):101-12.
36. Baurain M. Thèse d'exercice. Parlons sexualité ! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients ? 8 octobre 2018.
37. Perucho J, Alzate-Duque L, Bhuiyan A, Sánchez JP, Sánchez NF. PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis) Education for Clinicians: Caring for an MSM Patient. MedEdPORTAL. 16 :10908.
38. Krakower DS, Mayer KH. The Role of Healthcare Providers in the Roll-Out of PrEP. Curr Opin HIV AIDS. janv 2016;11(1):41-8.
39. Meura L, Braux C. Quels sont les freins et les possibilités de développement de la prophylaxie pré-exposition au VIH en médecine générale : point de vue des usagers, étude qualitative en France métropolitaine.
40. Prescribing pre-exposure prophylaxis in general practice [Internet]. Australian Journal of General Practice. [cité 11 nov 2021]. Disponible sur:
<https://www1.racgp.org.au/ajgp/2021/july/prescribing-pre-exposure-prophylaxis-in-general-pr>

41. Rapport INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques)
42. Promoting sexual health to young men [Internet]. Australian Journal of General Practice. [cité 12 juill 2021]. Disponible sur: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/june/promoting-sexual-health-to-young-men>
43. Tarragon J, Messaadi N, Martin M-J, Cottencin O, Bayen M, Bayen S. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients en médecine générale ? Revue Exercer 2020;159:4-10
44. Skelton JR, Matthews PM. Teaching sexual history taking to health care professionals in primary care. Med Educ. juin 2001;35(6):603-8.
45. Hinchliff S, Gott M, Galena E. GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations--a qualitative study. Eur J Gen Pract. juin 2004;10(2):56-60.
46. Manninen SM, Kero K, Perkonoja K, Vahlberg T, Polo-Kantola P. General practitioners' self-reported competence in the management of sexual health issues - a web-based questionnaire study from Finland. Scand J Prim Health Care. sept 2021;39(3):279-87.
47. Ousseine YM, Lydié N, Velter A. Pre-exposure prophylaxis in France: How many MSM are eligible and how much will it cost? PLoS One. 1 déc 2022;17(12):e0278016.
48. Desgrées A. Pannetier J. Ravalihasy A. Gosselin A. Supervie V. Panjo H. et al. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'étude ANRS-Parcours. Article. 01/07/2015
49. Hadj L. Acceptabilité et freins chez les populations africaines et caribéennes vivant en Île-de-France d'une nouvelle offre de prévention du VIH : le Truvada® en prophylaxie pré-exposition (PrEP). Une enquête exploratoire.

50. Ahouanto-Chaspoul M, Linard F, Giannotti A, Viomesnil V, Phammavanh J, Vanlerberghe F, et al. Initier la PrEP en médecine de ville et envisager la santé sexuelle des personnes en situation de migration. *Santé Publique*. 2022;34(3):383-90.

51. Bunting SR, Saqueton R, Batteson TJ. A Guide for Designing Student-Led, Interprofessional Community Education Initiatives About HIV Risk and Pre-Exposure Prophylaxis. *MedEdPORTAL*. 15 :10818.

52. Toledano L. Thèse d'exercice. Attente des prepeurs vis-à-vis de leur MG (cohorte Tenon). Présentation journée PrEP, IST, SFLS, 31/05-01/06/2023

53. Maragh-Bass AC, Torain M, Adler R, et al. Risks, benefits, and importance of collecting sexual orientation and gender identity data in healthcare settings: a multi-method analysis of patient and provider perspectives. *LGBT Health* 2017;4:141-52.

54. Guillaume Potherat, Julien Tassel, Olivier Épaulard, Men who have sex with men and general practice: mention of sexual orientation by patients and impact on the care relationship (HomoGEN study) *Bull Epidémiol Hebd*. 2019; (12):204-10 ref.21 http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/12/2019_12_2.html# (link checked on August 17, 2022)

55. Blumenthal J, Jain S, He F, Amico KR, Kofron R, Ellorin E, et al. Results from a Pre-exposure Prophylaxis Demonstration Project for At-risk Cisgender Women in the United States. *Clin Infect Dis*. 5 oct 2021;73(7):1149-56.

56. Traeger MW, Schroeder SE, Wright EJ, Hellard ME, Cornelisse VJ, Doyle JS, et al. Effects of Pre-exposure Prophylaxis for the Prevention of Human Immunodeficiency Virus Infection on Sexual Risk Behavior in Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*. 16 août 2018;67(5):676-86.

57. Une population immigrée aujourd'hui plus répartie sur le territoire régional - Insee Analyses Ile-de-France - 70 [Internet]. [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3136640>

58. Le planning familial [Internet]. [cité 11 juill 2023]. La santé sexuelle en Val d'Oise - Diagnostic territorial. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-du-val-doise-95/acces-la-sante-et-aux-droits/la-sante-sexuelle-en-val-doise>

59. <https://www.facebook.com/vih.org>. vih.org. [cité 11 juill 2023]. Où se faire dépister en Île-de-France : La carte des CeGIDD. Disponible sur: <https://vih.org/20160120/ou-se-faire-depister-en-ile-de-france-la-carte-des-cegidd/>

60. Touger R, Wood BR. A Review of Telehealth Innovations for HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP). *Curr HIV/AIDS Rep.* févr 2019;16(1):113-9.

TABLE DES FIGURES

Figure 1 Santé publique France, LaboVIH 2020, données corrigées décembre 2021. Nombre de sérologies VIH réalisées et nombre de sérologies confirmées positives, France, 2012-2020	15
Figure 2 Santé publique France, DO VIH, données corrigées au 31/03/2019. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe et lieu de naissance, France, 2010-2018.....	16
Figure 3 Bulletin de santé publique France, Taux de découvertes de séropositivité VIH par département (par millions d'habitants), Ile-de-France et hors Paris, 2010-2018, novembre 2019	18
Figure 4: Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030	20
Figure 5: Prise continue de la PrEP chez les hommes (3).....	24
Figure 6: Prise continue de la PrEP chez les femmes (3).....	24
Figure 7: Prise discontinuée de la PrEP (3)	25
Figure 8: Stratégie nationale de santé sexuelle, et feuille de route 2021-2024, Impact de la pandémie de COVID-19 sur la délivrance de la PrEP	27
Figure 9: Diagramme de flux	34
Figure 10: Raisons justifiant l'absence de question sur l'orientation sexuelle en consultation (n=43)	37
Figure 11: Raisons justifiant l'abord de la santé sexuelle en consultation (n=22)	38
Figure 12: Dépistage des IST (n=66)	39
Figure 13: Profil des patients sous PrEP (n=29)	42
Figure 14: Profil attendu des patients sous PrEP, aux CMS (n=14)	51

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Durée des consultations, (n=29).....	43
Tableau 2: Raisons de l'absence d'intégration d'une activité PrEP, (n=22).....	45
Tableau 3: Caractéristiques des MG en fonction de la volonté d'intégrer la PrEP à leur pratique.....	49
Tableau 4: Durée des consultations aux CMS, (n=15).....	52

ANNEXES

Annexe 1 (Questionnaire LimeSurvey)

Partie I (caractéristiques des médecins)

1) Vous êtes ?

- Homme
- Femme

2) Quel âge avez-vous ?

3) Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

- < 1 an
- 1 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- > 10 ans

4) Votre département d'exercice ?

- Paris (75)
- Seine Saint Denis (93)
- Haut de Seine (92)
- Val d'Oise (95)

5) Dans quelle structure travaillez-vous ? (choix multiples)

- Cabinet libéral de médecin généraliste
- Maison de santé
- Centre municipal de santé
- Autre

6) Exercez-vous en parallèle à l'hôpital ?

- Oui
- Non

7) Si oui : dans quel service ? (question conditionnelle)

8) Quelle catégorie d'âge est la plus représentée dans votre patientèle ?

- 0 - 16 ans
- 16 - 25 ans
- 25 – 50 ans
- 50 – 75 ans
- > 75 ans

9) Selon vous, quelle est la classe sociale majoritaire de votre patientèle ?

- Précaire
- Intermédiaire
- Favorisée

10) Au cours de votre formation, êtes-vous passé dans des structures spécialisées en maladies infectieuses (services hospitaliers, CEGIDD, centres de santé sexuels) ?

- Oui
- Non

11) Avez-vous suivi une formation spécifique sur la santé sexuelle ou les pathologies infectieuses ?

- Oui
- Non

12) Si oui laquelle / lesquelles ? (Choix multiples) (question conditionnelle)

- DU gynécologie obstétrique
- DIU santé sexuelle
- DIU sexologie
- DESC infectieux
- DIU VIH
- DU maladies infectieuses et IST
- Autre

13) Si vous avez répondu non, prévoyez-vous de suivre une de ces formations spécifiques ? (Question conditionnelle)

- Oui
- Non

Partie II (santé sexuelle)

14) Posez-vous, usuellement, la question de l'orientation sexuelle chez vos patients ?

- Oui
- Non

15) Si non pourquoi ? (Question conditionnelle)

- Manque de temps
- Non approprié au motif de consultation
- Peur de gêner le patient
- Sensation de manque de formation sur la question
- Absence d'intérêt pour la question
- Sujet relevant d'une autre spécialité que la médecine générale
- Autre

16) Quelle est la raison que vous avez mentionnée dans « Autre » ? (Question non obligatoire)

17) Avez-vous l'habitude d'aborder la santé sexuelle en consultation ?

- Oui
- Non

18) Si non, pourquoi ? (Question conditionnelle)

- Manque de temps
- Non approprié au motif de consultation
- Peur de gêner le patient
- Sensation de manque de formation sur la question
- Absence d'intérêt pour la question
- Sujet relevant d'une spécialité autre que la médecine générale
- Autre

19) Quelle est la raison que vous avez mentionnée dans « Autre » ? (Question non obligatoire)

20) Selon vous, de façon générale, le médecin généraliste doit-il régulièrement aborder la question de la santé sexuelle avec ses patients ?

- Oui
- Seulement si le patient le demande
- Non

21) Si non, quelles sont les raisons ? (Question conditionnelle)

- Manque de temps
- Non approprié
- Peur de gêner le patient
- Sensation de manque de formation sur la question
- Absence d'intérêt pour la question
- Sujet relevant d'une spécialité autre que la médecine générale
- Autre

22) Quelle est la raison que vous avez mentionnée dans « Autre » ? (Question non obligatoire)

23) Dépistez-vous régulièrement les IST chez vos patients ?

- Oui
- Non

24) Dans quelle(s) situation(s) dépistez-vous les IST ? (Choix multiples)

- Dépistage systématique
- Rapports sexuels à risque
- Symptômes uro-génitaux
- Orientation sexuelle
- Demande du patient
- Contexte de facteur de risque d'exposition aux IST
- Grossesse
- Retour de voyage
- Personnes avec des pratiques addictives
- Je dépiste rarement les IST
- Autre

25) Administrez-vous des traitements contre les IST dans votre structure ?

- Oui
- Non

26) Avez-vous déjà été confronté à une situation relevant d'un TPE (traitement post exposition) ?

- Oui
- Non

Partie III (VIH)

27) Quelle est la part de PPVIH (patient vivant avec le VIH) dans votre patientèle ?

- < 25 %
- 25 à 50 %
- 50 à 75 %
- > 75 %

28) Connaissez-vous le statut VIH de tous vos patients ?

- Oui
- Non

29) Avez-vous des TROD (test rapide d'orientation diagnostique) VIH dans votre structure ?

- Oui
- Non

30) Avez-vous déjà renouvelé un traitement antirétroviral chez un patient porteur d'un VIH ?

- Oui
- Non

Partie IV (PrEP)

31) Avez-vous déjà entendu parler de la PrEP (prophylaxie pré exposition) ?

- Oui
- Non

32) Savez-vous à qui elle s'adresse ?

- Oui
- Non

33) Quel est la part de votre patientèle sous PrEP ? : ____%

34) Avez-vous déjà renouvelé un traitement PrEP chez un patient ?

- Oui
- Non

35) Savez-vous, qu'il est désormais possible (depuis juin 2021), d'initier cette prescription en ville par un médecin généraliste (primo-prescription) ?

- Oui
- Non

36) Avez-vous effectué une formation sur la PrEP ?

- Oui
- Non
-

37) Si non : est-elle prévue ? (Question conditionnelle)

- Oui
- Non

38) Actuellement : avez-vous intégrer la PrEP à votre pratique ?

- Oui
- Non

A) Si oui :

39) Comment avez-vous intégré la PrEP dans votre pratique ? (Question conditionnelle)

- Au cours des consultations habituelles de suivi (plusieurs motifs dont PrEP) :
- Création de créneaux dédiés PrEP (motif unique de consultation) :
- Autre(s) : _____

40) Quelles sont les profils de vos patients sous PrEP ? (Choix multiples) (question conditionnelle)

- HSH (hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes) / transgenre avec situation d'exposition au VIH
- Femmes ou hommes hétérosexuels présentant un contexte de forte prévalence ou exposition au VIH
- Personnes avec partenaire VIH non contrôlé ou considéré à risque d'infection VIH
- Personnes avec partenaire refusant les moyens de protection
- Personnes avec antécédent de TPE
- Usages de substances psychoactif avec échanges de matériels possibles
- Voyage en zone de haute prévalence pour le VIH
- Autre (s) : _____

41) Proposez-vous de suivre vos patients déjà sous PrEP (s'ils n'étaient pas déjà pas suivis par vous) ? (Question conditionnelle)

- Oui
- Non

42) Combien de temps dure en moyenne vos consultations PrEP quand il s'agit d'un suivi/renouvellement ? (Question conditionnelle)

- 0 à 15 minutes
- 15 à 30 minutes
- 30 à 45 minutes
- 45 à 60 minutes
- 60 minutes
- J'ai été confronté(e) seulement à des situations d'initiation du traitement.

43) Depuis juin 2021, combien de fois avez-vous initié la PrEP ? (Réponse libre)
(Question conditionnelle)

44) Combien de temps dure en moyenne vos consultations PrEP quand il s'agit d'une primo-prescription ? (Question conditionnelle)

- 0 à 15 minutes
- 15 à 30 minutes
- 30 à 45 minutes
- 45 à 60 minutes
- 60 minutes
- J'ai été confronté(e) seulement à des situations de renouvellement de la PrEP

B) Si non

45) Dans le futur, pensez-vous intégrer la PrEP à votre pratique ? (Question conditionnelle)

- Oui
- Non

*) Si oui :

46) Quelles sont les profils de vos patients -que vous suivez- qui seraient sous PrEP ?

(Choix multiples) (question conditionnelle)

- HSH / transgenre avec situation d'exposition au VIH
- Femmes ou hommes hétérosexuels présentant un contexte de forte prévalence ou expo au VIH
- Personnes avec partenaire VIH non contrôlé ou considéré à risque d'infection VIH
- Personnes avec partenaire refusant les moyens de protection
- Personnes avec ATCD de TPE
- Usages de substances psychoactif avec échanges de matériels possibles
- Voyage en zone de haute prévalence pour le VIH
- Antécédents d'IST à répétition.
- Autre (s) : _____

47) Comment comptez-vous l'intégrer dans votre pratique ? (Question conditionnelle)

- Communication générale sur la PrEP (affiche, flyers...) dans la structure ?
- Communication sur cette nouvelle offre proposée désormais dans votre structure (affiche, flyers, site internet, doctolib ...) ? :
- Création de créneaux dédiés ?
- Autre(s) : _____

48) Si vous envisagez l'intégrer quelle sera la durée de la consultation estimée pour une primo-prescription ? (Question conditionnelle)

- 0 à 15 minutes
- 15 à 30 minutes
- 30 à 45 minutes
- 45 à 60 minutes
- 60 minutes

49) Si vous envisagez l'intégrer quelle sera la durée de la consultation estimée pour un suivi ou un renouvellement ? (Question conditionnelle)

- 0 à 15 minutes
- 15 à 30 minutes
- 30 à 45 minutes
- 45 à 60 minutes
- 60 minutes

***) Si non (Choix multiples) :

50) Pourquoi n'envisagez-vous pas une activité PrEP dans votre pratique ? (Choix multiples) (question conditionnelle)

- Pas intéressé par cette pratique
- Structure(s) limitrophe(s) proposant cette offre
- Absence de demande des patients
- Patientèle non concernée par la PrEP
- Manque de temps
- Manque de formation
- Autre(s) : _____

Partie I (Caractéristiques sociodémographiques des médecins)

1) Vous êtes ?

Homme

Femme

2) Quel âge avez-vous ? ____

3) J'exerce au CMS en tant que :

Médecin généraliste

Gynécologue

4) Depuis combien de temps exercez-vous ?

< 1 an

1 à 5 ans

5 à 10 ans

> 10 ans

5) Exercez-vous en parallèle à l'hôpital ?

Oui

Non

a. **Si OUI** : dans quel service ? _____

6) Au cours de votre formation, êtes-vous passé dans des structures spécialisées en maladies infectieuses (services hospitaliers, CEGIDD, centres de santé sexuels...) ?

Oui

Non

7) Avez-vous suivi une formation spécifique sur la santé sexuelle ou les pathologies infectieuses ?

Oui

Non

a. **Si NON** : prévoyez-vous de suivre une de ces formations spécifiques ?

Oui

Non

Partie II (PrEP)

8) Avez-vous déjà entendu parler de la PrEP (prophylaxie pré exposition) ?

Oui

Non

9) Selon les recommandations actuelles, savez-vous à qui elle s'adresse ?

Oui

Non

10) Selon vous, quelle est la part de votre patientèle sous PrEP ? : ____%

11) Avez-vous déjà renouvelé un traitement PrEP chez un patient ?

Oui

Non

12) Savez-vous, qu'il est désormais possible (depuis juin 2021), d'initier cette prescription en ville par un médecin généraliste (primo-prescription) ?

Oui

Non

a. **Si OUI** : Avez-vous déjà initié un traitement PrEP chez un patient ?

Oui

Non

13) Avez-vous effectué une formation sur la PrEP ?

Oui

Non

a. **Si NON** : est-elle prévue/l'envisagez-vous ?

Oui

Non

14) Comment imaginez-vous l'intégration de la PrEP dans votre centre municipal de santé (CMS) ?

Je pense que la PrEP ne doit pas être intégrée au CMS

si item ci-dessus non coché :

Communication générale sur la PrEP (affiche, flyers...) dans la structure ?

Création de créneaux dédiés ?

Temps de consultation plus long ?

Intégration des paramédicaux ?

Intégration des conseillères conjugales ?

Intégration des IPA ?

Intégration des secrétaires ?

Intégration des associations communautaires ?

Autre(s) :

15) Comment comptez-vous, en tant que praticien, l'intégrer dans votre pratique ?

Ne souhaite pas l'intégrer dans ma pratique

si item ci-dessus non coché :

Au cours des consultations habituelles de suivi (plusieurs motifs dont PrEP) :

Création de créneaux dédiés PrEP (motif unique de consultation) :

Autre(s) :

16) Dans votre patientèle actuelle, au CMS, quelles sont/seraient les profils de vos patients qui sont/seraient sous PrEP ? (Choix multiples)

HSH (Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) / transgenre avec situation d'exposition au VIH

Femmes ou hommes hétérosexuels présentant un contexte de forte prévalence ou exposition au VIH

Personnes avec partenaire VIH non contrôlé ou considéré à risque d'infection VIH

Personnes avec partenaire refusant les moyens de protection

Personnes avec ATCD de TPE (traitement post exposition)

Usages de substances psychoactif avec échanges de matériels possibles

Voyage en zone de haute prévalence pour le VIH

Antécédents d'IST à répétition.

Autre (s) :

Aucun

Ne sait pas

17) Si vous envisagez l'intégrer quelle sera la durée de la consultation estimée pour une primo-prescription ?

0 à 15 minutes

15 à 30 minutes

30 à 45 minutes

45 à 60 minutes

60 minutes

Ne sait pas

18) Si vous envisagez l'intégrer quelle sera la durée de la consultation estimée pour un suivi ou un renouvellement ?

- 0 à 15 minutes
- 15 à 30 minutes
- 30 à 45 minutes
- 45 à 60 minutes
- 60 minutes
- Ne sait pas

Déterminants de la mise en place de la primo prescription de la Prophylaxie Pré Exposition (PrEP), en médecine de ville, par les médecins généralistes exerçant dans le territoire du COREVIH Ile de France Nord, en 2022.

RESUMÉ

Le VIH est un véritable enjeu de santé publique et est responsable de près de 40 millions de décès dans le monde. Depuis juin 2021, les Médecins Généralistes (MG) peuvent prescrire la Prophylaxie Pré Exposition (PrEP), moyen efficace pour prévenir le VIH, en France. L'objectif de cette étude est d'établir les profils des médecins généralistes vis-à-vis de leur adhésion à la primo-prescription de la PrEP et ses déterminants en médecine de ville, dans le territoire du Comité régional de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine Ile de France Nord (COREVIH IDF Nord).

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle menée en 2022, décrivant les profils des MG et les déterminants de la mise en place d'une pratique de PrEP en médecine générale, avec un focus sur les MG des CMS de la ville de Saint-Denis. Médianes et interquartiles (IQ25% et IQ75%) d'une part, ainsi que les proportions d'autre part, ont été utilisés pour décrire respectivement les variables continues et catégorielles. Par la suite, une analyse univariée a été réalisée avec le test de Fisher afin de mettre en évidence des associations entre la volonté d'initier la prophylaxie et les profils des MG interrogés.

Cette étude concerne 67 MG. L'âge médian des participants est de 46 ans (IQ25% 34 ans et IQ75% 61 ans). La population étudiée est principalement masculine (36/67, 54 %). La majorité des praticiens interrogés exerce dans Paris intra-muros (46/67, 68 %) et en cabinet libéral (52/67, 77,5 %). Parmi ces médecins, 86 % (52/60) avaient déjà entendu parler de la PrEP, dont 79 % (41/52) qui exerçaient au sein de la ville de Paris. Les indications de la PrEP étaient davantage connues des MG parisiens (41/51, 80 %) que des MG exerçant dans les autres départements (10/51, 19,6 %) ($p = 0,008$). Au sein de la totalité des MG interrogés ; 48 % (29/60) avaient déjà intégrer cette prophylaxie dans leur pratique ambulatoire et 15 % (9/60) comptaient l'intégrer prochainement.

La seule association statistique significative de notre analyse était la volonté d'intégrer la PrEP à sa pratique et le fait de travailler en CMS ($p = 0,019$).

Nous n'avons pas mis en évidence d'association statistique significative pour les autres variables testées dont : le jeune âge des médecins ($p = 0,505$) ; une expérience avec la santé sexuelle ou les pathologies infectieuses que ce soit en terme de formation théorique ($p = 0,560$) ou pratique ($p = 0,384$) ; la présence de Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) VIH sur leur lieu d'exercice ($p = 0,077$) ; la connaissance des indications de la PrEP ($p = 0,379$) et la formation à cette dernière ($p = 0,290$). Ces résultats pourraient être expliqués par un manque de puissance de l'étude.

Cette étude semble confirmer que l'implantation d'un nouveau champ d'action « PrEP » en médecine de ville reste complexe malgré une volonté des praticiens à l'appliquer et la présence d'outils de formation disponibles. La généralisation de cette prescription à la pratique ambulatoire pourrait passer par une meilleure diffusion des informations sur la santé sexuelle et la PrEP en médecine générale et dès le cycle universitaire, un encouragement au travail en groupe, l'aménagement des plannings de consultation des MG, ainsi que la mise en place d'une cotation spécifique de cet acte. Il est donc nécessaire de compléter ces résultats par des études de cohorte de plus forte puissance, incluant des patients sous PrEP, suivis en médecine de ville.

Spécialité : DES de Médecine Générale

Mots clés : Médecin Généraliste (MG), Prophylaxie Pré Exposition (PrEP), VIH, santé sexuelle

Forme ou Genre : Thèse et écrits académiques

**Université Paris Cité
UFR de médecine
15 Rue de l'École de Médecine
75006 Paris**