

**Connaissances, attitudes et pratiques  
des médecins généralistes  
exerçant aux Antilles Françaises  
en matière de PrEP-VIH**

une étude qualitative et quantitative

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement à l'UFR Santé Faculté Hyacinthe BASTARAUD  
des Antilles-Guyane  
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 9 mars 2023

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Par

Léa KOCK, née le 18/02/94 à Le Plessis Bouchard (95)  
Loïc WIART, né le 05/01/93 à Nîmes (30)

**Examineurs de la thèse :**

Madame Jeannie HÉLÈNE-PELAGE

Monsieur André CABIÉ

Monsieur Antoine CHERET

Madame Isabelle LAMAURY

Monsieur Philippe CARRÈRE

Professeure, Présidente

Professeur

Professeur

Directrice

Directeur

**Le Président de l'Université des Antilles : Michel GEOFFROY**

**Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Suzy DUFLO**

**Vice-Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Christophe DELIGNY**

<b>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers</b>	
<b>Antoine ADENIS</b> <a href="mailto:Antoine.adenis@ch-cayenne.fr">Antoine.adenis@ch-cayenne.fr</a>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b> CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
<b>Véronique BACCINI</b> <a href="mailto:veronique.baccini@chu-guadeloupe.fr">veronique.baccini@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Hématologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>Pascal BLANCHET</b> <a href="mailto:pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr">pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Chirurgie Urologique</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
<b>Sébastien BREUREC</b> <a href="mailto:sbreurec@gmail.com">sbreurec@gmail.com</a>	<b>Bactériologie &amp; Vénérologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 12 80
<b>André CABIE</b> <a href="mailto:andre.cabie@chu-martinique.fr">andre.cabie@chu-martinique.fr</a>	<b>Maladies Infectieuses</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 01
<b>Philippe CABRE</b> <a href="mailto:philippe.cabre@chu-martinique.fr">philippe.cabre@chu-martinique.fr</a>	<b>Neurologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 61
<b>Raymond CESAIRE</b> <a href="mailto:raymond.cesaire@chu-martinique.fr">raymond.cesaire@chu-martinique.fr</a>	<b>Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 11
<b>Nadège CORDEL</b> <a href="mailto:nadege.cordel@chu-guadeloupe.fr">nadege.cordel@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Dermatologie &amp; Vénérologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

	Tel : 05 90 89 10 10
<b>Pierre COUPPIE</b> <a href="mailto:pierre.couppie@ch-cayenne.fr">pierre.couppie@ch-cayenne.fr</a>	<b>Dermatologie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
<b>Michel DE BANDT</b> <a href="mailto:michel.debandt@chu-martinique.fr">michel.debandt@chu-martinique.fr</a>	<b>Rhumatologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52
<b>Bertrand De TOFFOL</b> <a href="mailto:Bertrand.detoffol@ch-cayenne.fr">Bertrand.detoffol@ch-cayenne.fr</a>	<b>Neurologie</b> CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
<b>Magalie DEMAR - PIERRE</b> <a href="mailto:magalie.demar@ch-cayenne.fr">magalie.demar@ch-cayenne.fr</a>	<b>Parasitologie et Infectiologie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
<b>Christophe DELIGNY</b> <a href="mailto:christophe.deligny@chu-martinique.fr">christophe.deligny@chu-martinique.fr</a>	<b>Médecine Interne</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 55
<b>Félix DJOSSOU</b> <a href="mailto:felix.djossou@ch-cayenne.fr">felix.djossou@ch-cayenne.fr</a>	<b>Maladies infectieuses et tropicales</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50
<b>Moustapha DRAMÉ</b> <a href="mailto:moustapha.drame@chu-martinique.fr">moustapha.drame@chu-martinique.fr</a>	<b>Épidémiologie, Économie de la Santé</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Suzy DUFLO</b> <a href="mailto:suzy.duflo@chu-guadeloupe.fr">suzy.duflo@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>ORL – Chirurgie Cervico-Faciale</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
<b>Narcisse ELENGA</b> <a href="mailto:Narcisse.elenga@ch-cayenne.fr">Narcisse.elenga@ch-cayenne.fr</a>	<b>Pédiatrie</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37
<b>Loïc EPELBOIN</b> <a href="mailto:loic.epelboin@ch-cayenne.fr">loic.epelboin@ch-cayenne.fr</a>	<b>Maladies infectieuses</b> CH de CAYENNE

<b>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers</b>	
	Tel : 05 94 93 50 00
<b>Karim FARID</b> <a href="mailto:karim.farid@chu-martinique.fr">karim.farid@chu-martinique.fr</a>	<b>Médecine Nucléaire</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 67
<b>Jocelyn INAMO</b> <a href="mailto:jocelyn.inamo@chu-martinique.fr">jocelyn.inamo@chu-martinique.fr</a>	<b>Cardiologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38
<b>Eustase JANKY</b> <a href="mailto:eustase.janky@chu-guadeloupe.fr">eustase.janky@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel 05 90 89 13 89
<b>Louis JEHEL</b> <a href="mailto:Jehel.Louis@chu-amiens.fr">Jehel.Louis@chu-amiens.fr</a>	<b>Psychiatrie</b>
<b>Hatem KALLEL</b> <a href="mailto:hatem.kallel@ch-cayenne.fr">hatem.kallel@ch-cayenne.fr</a>	<b>Médecine intensive-réanimation</b> CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
<b>Annie LANNUZEL</b> <a href="mailto:annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr">annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Neurologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
<b>Harold MERLE</b> <a href="mailto:harold.merle@chu-martinique.fr">harold.merle@chu-martinique.fr</a>	<b>Ophtalmologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Mathieu NACHER</b> <a href="mailto:mathieu.nacher@ch-cayenne.fr">mathieu.nacher@ch-cayenne.fr</a>	<b>Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
<b>Rémi NEVIERE</b> <a href="mailto:Remi.Neviere@chu-martinique.fr">Remi.Neviere@chu-martinique.fr</a>	<b>Physiologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Olivier PARANT</b> <a href="mailto:nicolas.venissac@chu-martinique.fr">nicolas.venissac@chu-martinique.fr</a>	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<p><b>Stéphanie PUGET</b>  <a href="mailto:stephanie.puget@aphp.fr">stephanie.puget@aphp.fr</a></p>	<p align="right"><b>Neurochirurgie</b>                  CHU de FORT- DE - FRANCE                  Tel : 05 96 55 20 00</p>
<p><b>Dabor RESIERE</b>  <a href="mailto:dabor.resiere@chu-martinique.fr">dabor.resiere@chu-martinique.fr</a></p>	<p align="right"><b>Thérapeutique-médecine de la douleur</b>                  CHU de FORT- DE - FRANCE                  Tel : 05 96 55 20 00</p>
<p><b>Pierre-Marie ROGER</b>  <a href="mailto:pierre-marie.roger@chu-guadeloupe.fr">pierre-marie.roger@chu-guadeloupe.fr</a></p>	<p align="right"><b>Maladies infectieuses et tropicales</b>                  CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES                  Tel : 05 90 89 10 10</p>
<p><b>François ROQUES</b>  <a href="mailto:chirurgie.cardiaque@chu-martinique.fr">chirurgie.cardiaque@chu-martinique.fr</a></p>	<p align="right"><b>Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire</b>                  CHU de FORT- DE - FRANCE                  Tel : 05 96 55 22 71</p>
<p><b>Jean ROUDIE</b>  <a href="mailto:jean.roudie@chu-martinique.fr">jean.roudie@chu-martinique.fr</a></p>	<p align="right"><b>Chirurgie Digestive</b>                  CHU de FORT- DE - FRANCE                  Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71</p>
<p><b>Maturin TABUE TEGUO</b>  <a href="mailto:maturin.tabueteguo@chu-guadeloupe.fr">maturin.tabueteguo@chu-guadeloupe.fr</a></p>	<p align="right"><b>Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement</b>                  CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES                  Tel : 05 90 89 10 10</p>
<p><b>André-Pierre UZEL</b>  <a href="mailto:andre-pierre.uzel@chu-guadeloupe.fr">andre-pierre.uzel@chu-guadeloupe.fr</a></p>	<p align="right"><b>Chirurgie Orthopédique et Traumatologie</b>                  CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES                  Tel : 05 90 89 14 66</p>
<p><b>Nicolas VENISSAC</b>  <a href="mailto:nicolas.venissac@chu-martinique.fr">nicolas.venissac@chu-martinique.fr</a></p>	<p align="right"><b>Chirurgie thoracique et cardiovasculaire</b>                  CHU de FORT- DE - FRANCE                  Tel : 05 96 55 20 00</p>
<p><b>Magaly ZAPPA</b>  <a href="mailto:magaly.zappa@ch-cayenne.fr">magaly.zappa@ch-cayenne.fr</a></p>	<p align="right"><b>Radiologie et imagerie médicale</b>                  CH de CAYENNE                  Tel : 05 94 93 50 00</p>

**Professeurs des Universités Associés - Praticiens Hospitaliers**

<b>Jacqueline DELOUMEAUX-TYNDAL</b> <a href="mailto:jacqueline.deloumeaux@chu-guadeloupe.fr">jacqueline.deloumeaux@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Épidémiologie, économie de la santé et prévention</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>Papa Ngalgou GUEYE</b> <a href="mailto:papa.GUEYE@chu-martinique.fr">papa.GUEYE@chu-martinique.fr</a>	<b>Médecine d'Urgence</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Hossein MEHDAOUI</b> <a href="mailto:hossein.mehdaoui@chu-martinique.fr">hossein.mehdaoui@chu-martinique.fr</a>	<b>Médecine intensive-réanimation</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Stéphane PLaweKI</b> <a href="mailto:splawecki@icloud.com">splawecki@icloud.com</a>	<b>Chirurgie Orthopédique</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Marc PUJO</b> <a href="mailto:Marc.pujo@ch-cayenne.fr">Marc.pujo@ch-cayenne.fr</a>	<b>Médecine d'Urgence</b> CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00

**Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>Cindy BERAL</b> <a href="mailto:cindy.beral@chu-guadeloupe.fr">cindy.beral@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Ophtalmologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tél. : 0590 89 10 10
<b>Laurent BRUREAU</b> <a href="mailto:laurent.brureau@chu-guadeloupe.fr">laurent.brureau@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Urologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>Moana GELU-SIMEON</b> <a href="mailto:moana.simeon@chu-guadeloupe.fr">moana.simeon@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Gastroentérologie hépatologie</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
<b>Clarisse JOACHIM-CONTARET</b> <a href="mailto:clarisse.joachim@chu-martinique.fr">clarisse.joachim@chu-martinique.fr</a>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Marie-Laure LALANNE-MISTRIH</b> <a href="mailto:marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr">marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Nutrition</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 00

**Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>Mathieu SEVERYNS</b> <a href="mailto:mathieu.severyns@chu-martinique.fr">mathieu.severyns@chu-martinique.fr</a>	<b>Chirurgie Orthopédique et Traumatologie</b> CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
<b>Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE</b> <a href="mailto:fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr">fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Endocrinologie</b> CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 03

**Maître de Conférences des Universités Associé - Praticiens Hospitaliers**

<b>Amélie ROLLE</b> <a href="mailto:amelie.rolle@chu-guadeloupe.fr">amelie.rolle@chu-guadeloupe.fr</a>	<b>Anesthésie Réanimation</b> CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
---	---

**Professeur de Médecine Générale**

<b>Jeannie HELENE-PELAGE</b> <a href="mailto:jeannie.pelage@wanadoo.fr">jeannie.pelage@wanadoo.fr</a>	<b>Médecine Générale</b> CHU de Pointe-à-Pitre / Cabinet libéral Tel : 05 90 84 44 40
--	---

**Professeur Associé de Médecine Générale**

<b>Franciane GANE-TROPLENT</b> <a href="mailto:franciane.troplent@orange.fr">franciane.troplent@orange.fr</a>	<b>Médecine générale</b> Cabinet libéral Tel : 05 90 20 39 37
--	---

**Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale**

<b>Philippe CARRERE</b> <a href="mailto:philippe.carrere@gmail.com">philippe.carrere@gmail.com</a>	<b>Médecine générale</b> Cabinet libéral
---	---

**Maître de Conférence Associé de Médecine Générale**

<b>Franck MASSE</b> <a href="mailto:mspducos@gmail.com">mspducos@gmail.com</a>	<b>Médecine générale</b> Cabinet libéral
<b>KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé</b> <a href="mailto:drwcdek@gmail.com">drwcdek@gmail.com</a>	<b>Médecine générale</b> Cabinet libéral



## **ABSTRACT**

**Context :** PrEP is a major and innovative tool for HIV infection prevention strategy. It is noted an under-use between French West Indies and France metropolitan, even if these territories are hardly touched by the HIV epidemic. Since June, 2021, any doctors are able to first-prescribe this medical tool. General practitioners's prescription could be depending on their knowledge, belief, results attending and social norms.

**Aim :** Explore the knowledges, behaviors and practices that determined what is hindering and driving about the French West Indies.

**Methods :** A descriptive cross-sectional observational study conducted in Martinique and Guadeloupe (February, 2022 - July, 2022) call on mixed method. The first qualitative phase, was about a diversified population of 16 general practitioners questioned during semi-structured interviews. The second one concerned 172 practitioners submitted survey based on the result of the first phase.

**Result :**The overall response rate was 42% over the 414 eligible general practitioners. 55% of those interviewed did not know about PrEP-HIV. There were 12% having already first-prescribed or renewed it. The main population concerned, would be those with high-risk sexual behaviors for 64% of the participants. The main recognized benefits of PrEP-HIV were to avoid becoming infected with HIV (58%) and to allow the users being freer with his sexuality (17%). The cons cited were the loosening of precautions (44%) and the possible adverse effects of the drug (38%). The main obstacle to the PrEP-HIV's prescription were the doctor's lack of knowledge (30%), the society's taboo about homosexuality (25%) and the patient's difficulty to approach his sexuality in counseling (20%). A better information for prescribers (67%) and potential users (63%) was mentioned as a fundamental lever to prescription of PrEP.

**Conclusion :**The deployment of PrEP-HIV in French West Indies remains not enough. It seems necessary to optimise the implementation of this major tool in the combined and diversified prevention offer, by improving informations for practitioners and general public in these areas.

## RÉSUMÉ

**Contexte :** La PrEP est un outil innovant et majeur dans la stratégie de prévention de l'infection VIH. Il est observé une sous-utilisation de la PrEP aux Antilles françaises comparativement à la France hexagonale, alors même que ces territoires sont durement touchés par l'épidémie du VIH. Depuis juin 2021, tout médecin peut primo-prescrire cet outil et la maîtrise de sa prescription par les médecins généralistes pourrait dépendre de leurs connaissances, leurs croyances, leurs attentes de résultats et leurs normes sociales.

**Objectif :** Explorer les connaissances, attitudes et pratiques qui détermineraient les freins et les leviers à la prescription de la PrEP-VIH auprès des médecins généralistes ambulatoires des Antilles françaises.

**Méthode :** Étude observationnelle transversale à visée descriptive, menée en Martinique et en Guadeloupe (février 2022 - juillet 2022) faisant appel à une méthode mixte. La première phase qualitative portait sur une population diversifiée de 16 praticiens interrogés lors d'entretiens semi-structurés. La seconde phase quantitative portait sur 172 praticiens soumis à un questionnaire téléphonique ouvert constitué à partir des résultats de la première phase.

**Résultats :** Le taux de réponse global était de 42% sur l'ensemble des 414 médecins éligibles. 55% des auditionnés ne connaissaient pas la PrEP-VIH. Ils étaient 12% à l'avoir déjà primo-prescrit ou renouvelé. La population principale concernée serait celle ayant des comportements sexuels à haut risque pour 64% des participants. Les principaux intérêts reconnus de la PrEP-VIH étaient d'éviter de s'infecter par le VIH (58%) et de permettre à l'utilisateur d'être plus libre dans sa sexualité (17%). Les inconvénients essentiellement cités étaient le relâchement des précautions (44%) et les éventuels effets indésirables du médicament (38%). Les principaux freins à la prescription de la PrEP-VIH étaient le manque de connaissances du médecin (30%), le tabou de la société à propos de l'homosexualité (25%) et la difficulté du patient à aborder la sexualité en consultation (20%). Une meilleure information à destination des prescripteurs (67%) et des usagers potentiels (63%) était mentionnée comme principaux leviers à la prescription de la PrEP.

**Conclusion :** Le déploiement de la PrEP-VIH aux Antilles françaises demeure largement insuffisant. Pour optimiser l'implémentation de cet outil majeur dans l'offre de prévention combinée et diversifiée de l'infection VIH, il paraît nécessaire de développer des moyens innovants pour améliorer l'information auprès des médecins et du grand public de ces territoires.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	9
ABSTRACT .....	13
RÉSUMÉ .....	14
TABLE DES MATIÈRES .....	15
ABRÉVIATIONS .....	16
LISTE DES ENCARTS, FIGURES ET TABLEAUX .....	18
INTRODUCTION .....	19
MATERIEL & METHODE .....	22
Type d'étude .....	22
Population étudiée .....	22
Plan de recrutement .....	22
Recueil des données.....	23
Plan d'analyse des données .....	24
Aspects éthiques et réglementaires.....	25
RÉSULTATS.....	26
Caractéristiques des populations étudiées .....	26
Connaissances autour de la PrEP.....	27
Pratiques en matière de PrEP .....	29
Opinions et attitudes du traitement .....	30
Les bénéfiques .....	30
Les risques .....	31
Opinions et attitudes concernant la prescription .....	32
Les freins à la prescription concernant le médecin .....	32
Les freins à la prescription provenant du patient et/ou de la société selon le médecin .....	34
Les leviers à la prescription concernant le médecin .....	36
Les leviers à la prescription provenant du patient et de la société selon le médecin .....	38
DISCUSSION .....	40
CONCLUSION .....	48
REFERENCES .....	49
ANNEXES .....	54
CONTRIBUTIONS DES AUTEURS .....	63
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	64

## ABREVIATIONS

VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
PrEP	Prophylaxie Pré-Exposition VIH
TAR	Traitement AntiRétroviral
TDF/FTC	Ténofovir Disoproxil/Emtricitabine
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
ONUSIDA	Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PND	Personnes Nouvellement Diagnostiquées VIH
SPF	Santé Publique France
COVID-19	CoronaVirus Disease 2019
MG	Médecin Généraliste
CEGIDD	Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic du VIH des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles
CNS	Conseil National du Sida
SNDS	Système National des Données de Santé
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
RGPD	Règlement Général de Protection des Données
HDH	Health Data Hub
CACEM	Communauté d'Agglomération de l'Espace Centre de la Martinique
CAESM	Communauté d'Agglomération de l'Espace Sud de la Martinique
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
TPE	Traitement Post-Exposition
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
FMC	Formation Médicale Continue
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse

NACO	Nouveaux AntiCoagulants Oraux
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
ARS	Agence Régionale de Santé
DU	Diplôme Universitaire
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
SNDS	Système National des Donnés de Santé
EPI-PHARE	groupement d'intérêt scientifique constitué par l'ANSM et la CNAM
HAS	Haute Autorité de Santé
CMUC-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
AME	Aide Médicale d'Etat
EPIC-NSW	Expanded PrEP Implementation In Communities–New South Wales
CV	Charge Virale
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
PCR	Polymerase Chain Reaction
COREVIH	Comité de coordination Régionale de la lutte contre les IST et le VIH
SFLS	Société Française de Lutte contre le Sida
DPC	Développement Professionnel Continu
CCP	Consultation de Contraception et de Prévention
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
CAPSEX-AF	Connaissances Attitudes et Pratiques en matière de Santé affective et Sexuelle chez les adolescents aux Antilles Françaises
CSF	Contexte de la Sexualité en France
KABP	Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices
AIDES	Association française de lutte contre le VIH et les hépatites virales

## LISTE DES FIGURES ET ANNEXES

Figure 1 : Recrutement des participants à la phase quantitative.....	26
Annexe 1 : Guide d’entretien utilisé en phase qualitative (première version).....	54
Annexe 2 : Guide d’entretien utilisé en phase qualitative (dernière version).....	55
Annexe 3 : Questionnaire utilisé en phase quantitative.....	56
Annexe 4 : Caractéristiques des participants.....	57
Annexe 5 : Connaissances autour de la PrEP-VIH.....	58
Annexe 6 : Pratiques et attitudes en matière de PrEP-VIH.....	59
Annexe 7 : Opinions et attitudes à propos du traitement PrEP-VIH.....	60
Annexe 8 : Opinions et attitudes concernant la prescription de la PrEP-VIH (les freins).....	61
Annexe 9 : Opinions et attitudes concernant la prescription de la PrEP-VIH (les leviers).....	62

## INTRODUCTION

La prophylaxie pré-exposition de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) désignée par l'acronyme PrEP (pour « pre-exposure prophylaxis » en anglais) est un outil innovant et majeur dans la stratégie de prévention de l'infection VIH. Il s'agit d'un traitement antirétroviral (TAR) préventif recommandé pour les adultes et adolescents de plus de 15 ans, non infectés par le VIH (séronégatifs), à risque de s'exposer « fortement » au VIH. A l'heure actuelle, le seul médicament autorisé en France depuis 2016 et pris en charge à 100% par l'assurance maladie est le Truvada® et ses génériques associant deux antirétroviraux : le Ténofovir Disoproxil (TDF) et l'Emtricitabine (FTC) [1]. L'efficacité de ce traitement pré-exposition a été largement démontrée par de nombreuses études nationales et internationales, aussi bien chez les hommes ayant des relations avec des hommes (HSH) que chez des hommes ou femmes hétérosexuel(les) à haut risque d'exposition au VIH [2-5]. Le niveau de protection obtenu avec la PrEP s'avère supérieure vis-à-vis du VIH à celui conféré par le préservatif (sous-utilisation, oublis, mésusages, ruptures ou glissements du préservatifs ...), avec une efficacité proche de 100% sous réserve d'une observance optimale et du respect strict des modalités de prise [6]. Ainsi, la PrEP peut se prendre soit en continu à raison d'un comprimé par jour de TDF/FTC (protection à partir de J7 avec arrêt recommandé 7 jours après le dernier rapport à risque), soit à la demande pour encadrer les périodes de prise potentielle de risque. Le schéma à la demande a été démontré aussi efficace que le schéma continu à condition de bien commencer par une prise de 2 comprimés de TDF/FTC au plus tard dans les deux heures avant la « première exposition à risque » et de poursuivre le traitement préventif à raison d'un comprimé tous les jours ce jusqu'à deux jours après la dernière prise de risque. Ce schéma « à la demande » n'est validé que chez les hommes cis genre homo ou bisexuels (non recommandé chez les femmes ou les personnes porteuses chroniques du virus de l'hépatite B) [2,3,7].

Au plan mondial, la pandémie VIH demeure un enjeu majeur de santé publique avec un nombre estimé de personnes nouvellement infectées par le VIH toujours élevé de 1,5 millions pour l'année 2021 comme en 2020 soit bien au-delà de l'objectif fixé par l'ONUSIDA à savoir être à moins de 370 000 nouvelles infections d'ici 2025 [8]. Cependant, le nombre d'utilisateurs de la PrEP était estimé à moins de 1 million en 2020, alors que l'ONUSIDA projetait d'atteindre au moins 3 millions d'utilisateurs, ce qui aurait pu réduire de près de 500 000 le nombre de nouvelles infections [9]. Garantir l'accès à la PrEP aux populations clés (c'est-à-dire celles les plus exposées au VIH) ainsi qu'élargir l'offre PrEP à la population générale (PrEP « universelle »), notamment dans les pays à forte incidence, constitue par conséquent un défi majeur pour mettre fin à l'épidémie VIH/Sida en tant que

menace pour la santé publique d'ici 2030 comme le précisent les objectifs de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021–2026) [10].

En France, l'épidémie VIH n'est toujours pas « maitrisée » : le nombre annuel de personnes nouvellement diagnostiquées VIH (PND) a certes enfin diminué passant de 6500 PND à environ 5000 PND en 2020 mais cette baisse ne s'est pas poursuivie en 2021 ce qui, d'après Santé Publique France (SPF), serait plutôt consécutif à la chute importante des activités de dépistage du fait de la crise sanitaire COVID-19, et possiblement à la réduction des expositions au VIH lors des périodes de confinement ainsi qu'à la limitation des flux migratoires, qu'à un effet direct du déploiement de la PrEP sur ces dernières années [11]. D'ailleurs, durant la première période de confinement de la population française, le nombre d'initiation de la PrEP s'est effondré (chute de l'ordre de 40%) avec une réascension lente à compter de fin 2020 sans toutefois que soient retrouvés les niveaux de déploiement enregistrés avant la pandémie COVID-19 [12]. Ce constat a contribué à ce que soit mis en place dès juin 2021 un accès élargi de la prescription initiale de la PrEP à tous les médecins dont les médecins généralistes (MG) qui, jusqu'alors, ne pouvaient que la renouveler dans la limite d'un an, la prescription initiale étant réservée aux médecins expérimentés dans la prise en charge du VIH exerçant à l'hôpital ou en CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles) [7]. Le Conseil National du Sida (CNS) avait plaidé pour cet élargissement dans son dernier avis rendu en mai 2021 intitulé « La place de la PrEP dans la prévention du VIH en France : changer de paradigme, changer d'échelle » [13]. Le CNS mettait en exergue que « *parmi les différentes innovations qui ont contribué au cours de la décennie écoulée à reconfigurer la stratégie de prévention de l'infection par le VIH, l'introduction de la PrEP représente à la fois la mise à disposition du public d'un nouvel outil de protection individuelle hautement efficace contre le risque d'acquisition du virus, et un levier supplémentaire essentiel sur le plan de la santé publique pour réduire l'incidence du VIH* » [13].

La Martinique et la Guadeloupe font toujours parties des régions françaises les plus touchées par l'épidémie VIH, avec la Guyane et la région Île-de-France [14,15]. Le nombre de PND reste globalement stable pour la Guadeloupe depuis 2015 (63 PND en Guadeloupe en 2021) et a augmenté entre 2019 et 2021 pour la Martinique (45 vs 52 PND en Martinique en 2021) [16,17]. Il est à souligner que les principales caractéristiques des personnes infectées par le VIH diffèrent de celles enregistrées en France métropolitaine où l'épidémie est plus concentrée (HSH et migrants hétérosexuels principalement) [11]. Ainsi, aux Antilles françaises, et plus particulièrement en Guadeloupe, l'épidémie VIH est plus diffuse, touchant presque autant les femmes que les hommes, aussi bien les plus âgé(es) que les plus jeunes, avec une transmission majoritairement hétérosexuelle, et impactant davantage



les personnes migrantes nées dans d'autres pays de la Caraïbe (principalement Haïti, Saint-Domingue et la Dominique) [16,17]. Cependant, d'après le dernier relevé du Système National des Données de Santé (SNDS), il y est constaté une sous-utilisation de la PrEP comparativement à la métropole. Sur les 64 821 personnes ayant initié une PrEP en France entre janvier 2016 et juin 2022, ils étaient 43% en Île-de-France contre moins d'1% en Martinique et en Guadeloupe [12].

Aux Antilles françaises, l'épidémie demeure pourtant un problème de santé publique majeur, d'où l'importance de renforcer et d'élargir l'accès à la PrEP. A ce jour, aucune étude n'a jamais porté sur la perception des médecins de premier recours à l'égard de cet outil dans les départements français d'Amérique. L'offre de PrEP par les MG pourrait dépendre de leurs connaissances, leurs croyances, leurs attentes de résultats et leurs normes sociales. Nous avons par conséquent réalisé une enquête dans le but d'explorer les connaissances, les attitudes et les pratiques qui détermineraient les freins et les leviers à la prescription de la PrEP auprès des médecins généralistes ambulatoires exerçant en Guadeloupe « continentale » (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy) et en Martinique afin d'améliorer et d'optimiser la prévention du VIH sur ces territoires.

## **MATERIEL & METHODE**

### **Type d'étude**

Il a été mis en œuvre une enquête épidémiologique sous forme d'une étude observationnelle transversale à visée descriptive, aux Antilles françaises, de février à juillet 2022. Elle a fait appel à une méthode mixte de type exploratoire constituée d'une première phase qualitative pour appréhender les problématiques liées à la PrEP en se penchant sur les perceptions, les représentations et les expériences des différents MG auditionnés, puis d'une seconde phase quantitative pour étudier les variables spécifiques et standardiser les résultats [18]. Afin de mener à bien cette étude comportant une phase qualitative et une phase quantitative, à la fois en Martinique et en Guadeloupe, il a été convenu qu'elle soit partagée par deux enquêteurs.

### **Population étudiée**

En phase qualitative, la population source de l'étude, en Martinique et en Guadeloupe, a été définie par les critères d'inclusion suivants : MG exerçant installé ou collaborateur en milieu ambulatoire et ne s'opposant pas à participer à la recherche après information individuelle adaptée. Et les critères de non-inclusion suivants : MG d'exercice particulier (exemple : homéopathe, nutritionniste, échographiste, angiologue, urgentiste ou addictologue exclusif ...).

En phase quantitative, la population source présentait les mêmes critères d'inclusion et de non-inclusion que la phase qualitative. Les praticiens ayant participé à la phase qualitative n'ont pas été inclus lors de la phase quantitative.

### **Plan de recrutement**

Au cours de la phase qualitative, il a été sélectionné initialement 8 médecins en Martinique et 8 en Guadeloupe uniformément répartis sur les deux territoires. L'effectif pouvait varier selon le principe de saturation : le recueil de données pouvait s'arrêter lorsque la lecture du matériel n'apportait plus de nouveaux éléments pour comprendre le phénomène [19].

Les deux enquêteurs résidant en Guadeloupe, la prise de contact a été réalisée au porte à porte en Guadeloupe et préalablement par téléphone en Martinique (afin d'organiser le recueil efficacement sur 10 jours) sans effet boule de neige. Lors de ce premier contact, il a été simplement indiqué que

l'objet de l'entretien portait sur la prévention du VIH, sans indiquer précisément que le thème abordé était celui de la PrEP en médecine de ville, afin de ne pas fausser l'interview.

Au cours de la phase quantitative, pour parvenir à une précision des estimations d'au moins 3%, l'objectif du recrutement était de parvenir à un effectif minimum de 320 praticiens, si la prévalence de participation attendue était de 50% à un risque alpha de 5%.

La population recensée sur annuaire téléphonique (annuaire santé et les pages jaunes) était de 299 médecins en Martinique et 266 en Guadeloupe pour l'année 2022. Compte tenu du nombre important de praticiens ne répondant pas aux critères d'inclusion, il a été décidé de réaliser un recrutement exhaustif sur l'ensemble des médecins recensés pour finalement obtenir une population de 214 médecins en Martinique et de 200 en Guadeloupe.

### **Recueil des données**

Lors de la phase qualitative, nous avons mené le recueil des données grâce à des entretiens semi-directifs articulés autour de quatre grandes questions principales permettant d'aborder les connaissances, l'expérience et l'opinion des médecins auditionnés (Annexe 1).

Le guide d'entretien a été testé préalablement entre rédacteurs, un médecin généraliste et trois internes extérieurs à l'étude. Les entretiens ont été réalisés en présentiel au cabinet médical du médecin interviewé, en faisant preuve d'empathie et en instaurant un climat de confiance avec lui, afin de faciliter l'expression et l'élaboration du discours. Les entretiens ont duré en moyenne 30 minutes et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'accord du médecin auditionné. Des annotations ont été prises lors des entretiens afin de recueillir le langage non verbal des participants. Le recueil total s'est déroulé de février à mars 2022. Les six premiers et les deux derniers entretiens ont été réalisés en Guadeloupe. L'ensemble des entretiens en Martinique s'est déroulé sur dix jours en mars.

Le guide d'entretien a évolué après les quatre premières auditions réalisées en Guadeloupe afin d'affiner le recueil de données (Annexe 2). Le quatrième axe sur l'opinion a été reformulé en questions semi-ouvertes pour étudier de façon plus détaillée les thèmes suivants : l'abord de la sexualité en consultation et la position du MG dans la prévention. L'information à propos de la sous prescription de la PrEP a été reformulée pour explorer plus précisément la différence avec la France hexagonale, les conséquences de la crise sanitaire COVID-19 et l'apport de la recommandation de juin 2021.

La retranscription a été effectuée dans les 24 heures après chaque entretien. Le verbal a été rédigé au mot à mot et sans correction des erreurs de syntaxe, afin d'obtenir des verbatims les plus bruts

possibles. Les moments d'hésitation ainsi que les pauses ont été signalés par des points de suspension. La ponctuation a été choisie en fonction du sens donné par le médecin interviewé. Les données sources ont été anonymisées, stockées dans un répertoire informatique protégé par mot de passe puis détruites après rédaction.

Le recueil des données de la phase quantitative a été réalisé de mai à juillet 2022, grâce à un questionnaire téléphonique, d'une durée prévisible de 7 minutes (Annexe 3). Le questionnaire respectait le plan d'entretien utilisé au cours de la première phase. Il était constitué de questions d'apparence ouvertes mais pouvant être traitées comme des questions fermées grâce au recensement de toutes les réponses possibles réalisé préalablement lors de la phase qualitative. Construit comme un algorithme, il a permis en cas de réponse négative à la question "2" de poursuivre à la question "3-4-5-6". Il a été attribué un code préalable à ces réponses dans le but de simplifier la saisie des réponses en temps réel sur formulaire informatique grâce à la web-application Wepi.org (éditée par la société Epiconcept en conformité avec la RGPD). Pour celles qui n'étaient pas inventoriées, un item "Autres" a été créé afin de pouvoir en discuter et les reclasser avec le coordinateur de recherche.

Le questionnaire a permis le recueil de données démographiques telles que : le sexe (intuitif), l'intercommunalité d'exercice (sur annuaire) et la tranche d'âge pour caractériser les répondants. L'ancienneté d'exercice et l'âge exact n'ont pas été précisés afin de préserver l'anonymat.

Les questions ont permis d'explorer les variables suivantes auprès des médecins interrogés : leur connaissance de la PrEP, leur définition de la PrEP, le moyen de communication par lequel ils ont été informés, leur expérience en terme de PrEP, la population éligible à ce traitement préventif selon eux, les bénéfices et les risques liés au traitement, les freins et les leviers à la prescription.

### **Plan d'analyse des données**

La phase qualitative de l'étude répondait au modèle de la théorisation ancrée qui est une recherche de type inductive [20]. L'analyse des données, réalisée avec le logiciel Word, a consisté en l'identification de locutions clés au sein des verbatims, et au regroupement de ces locutions clés en thématiques, avec recoupement sur l'ensemble des verbatims. Le codage axial a été réalisé avec la démarche de va-et-vient inhérent au modèle interactif de l'analyse [19]. L'analyse en triangulation des données effectuée par les enquêteurs avec le coordinateur consistait en la superposition et la combinaison de plusieurs perspectives afin de minimiser le biais d'interprétation [19]. Un retour aux acteurs a été proposé aux seize participants mais aucun n'a souhaité y participer [20].

L'analyse des données en phase quantitative a été réalisée grâce au logiciel Stata v17. Les données sexe, classe d'âge, intercommunalité d'exercice et données permettant l'exploration des connaissances, attitudes et pratiques en matière de PrEP ont été décrites en effectifs et pourcentages. Les caractéristiques en âge et sexe de la population d'étude ont été comparées, grâce au test de  $\chi^2$ , à celles de la population cible telle que résumées dans les bases administratives disponibles d'Atlasanté [21]. Il n'a pas été réalisé d'analyse comparative entre la Martinique et la Guadeloupe. Aucune donnée directement identifiante n'a été traitée.

En cohérence avec la méthodologie qui a été mise en œuvre, la présentation des résultats a été construite comme une assimilation des deux phases de l'étude. Thématique par thématique, la plupart des données quantitatives ont été illustrées par des verbatims issus de la phase qualitative. Pour faciliter la lecture des tableaux, il a été décidé de ne pas tenir compte des résultats rapportés par moins de 4% de la population.

### **Aspects éthiques et réglementaires**

La participation à l'étude était libre, la population étudiée a été informée individuellement et leur non opposition à l'étude a été recherchée. Leur consentement éclairé a été systématiquement requis (écrit lors de la phase qualitative et oral lors de la phase quantitative). Un numéro d'anonymat a été attribué oralement à chaque participant au début du questionnaire, afin de conserver leur anonymat et pour qu'ils puissent éventuellement revenir sur leur volonté de participer à l'étude. Le fichier de données constitué pour la phase quantitative a été déclaré à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) via un dossier RGPD (Règlement Général de Protection des Données). Cette étude n'entrant pas dans le cadre des recherches impliquant la personne humaine, elle a fait l'objet d'une déclaration de conformité à la MR004 et d'enregistrement au répertoire public du Health Data Hub (HDH).

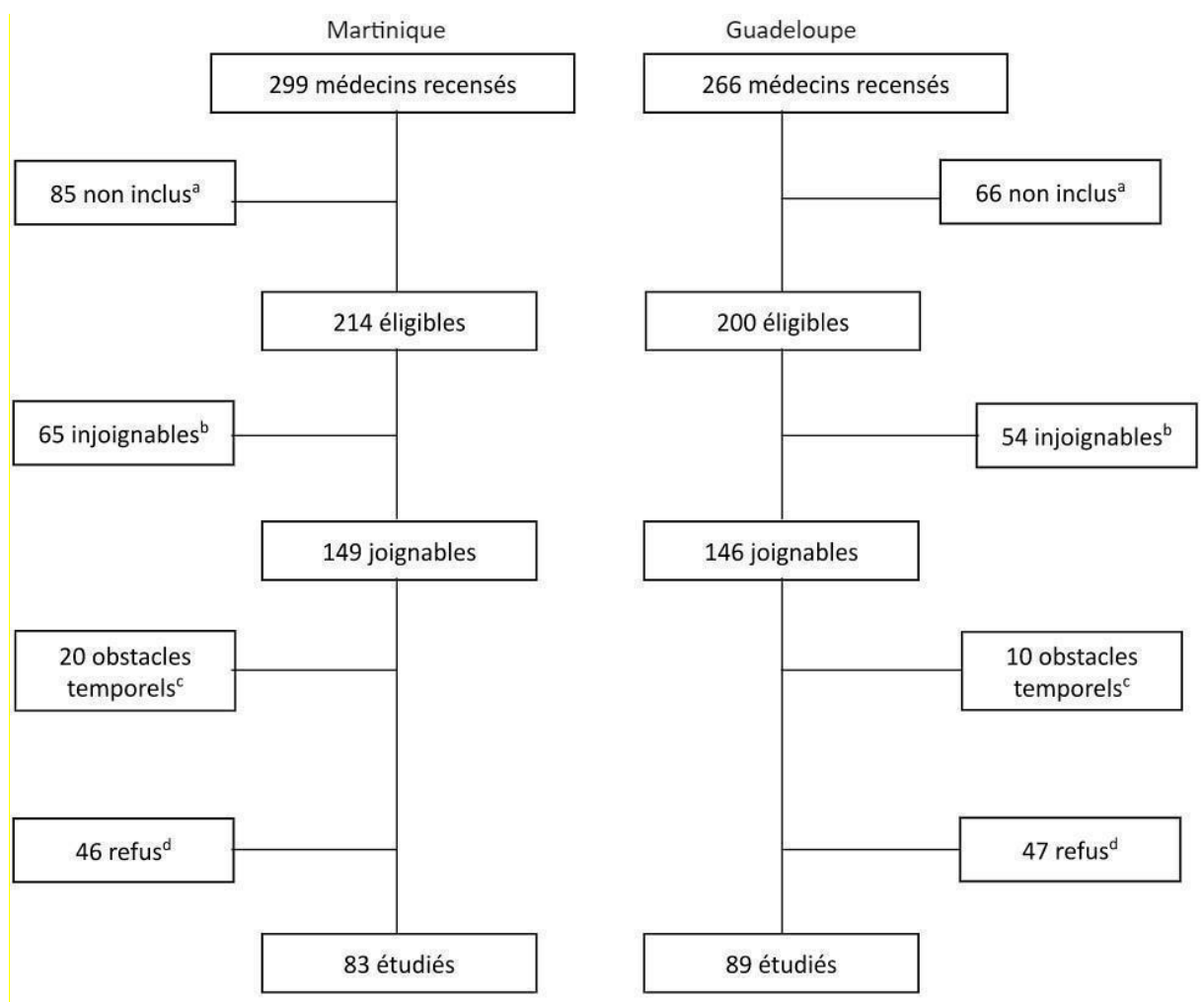
## RESULTATS

### Caractéristiques des populations étudiées

Parmi les seize médecins interrogés lors de la phase qualitative, il y avait autant de femmes que d'hommes, cinq médecins avaient moins de 35 ans et cinq avaient plus de 55 ans. Aucune nouvelle thématique n'a été évoquée après avoir interviewé les seize praticiens, nous permettant ainsi de conclure à la saturation des données.

Parmi les 414 médecins "éligibles" lors de la phase quantitative, 295 médecins étaient "joignables". Le taux de médecins "injoignables" était de 28,5%. Soit un taux de réponse global sur l'ensemble des 414 médecins "éligibles" de 41%. (Figure 1). Le taux de participation sur l'ensemble des 295 médecins "joignables" était de 58%. Ils étaient 31% à avoir clairement exprimé leur "refus" de se prêter à la recherche et 10% à ne pas pouvoir en raison d'"obstacles temporels" divers rapportés par leur secrétariat.

**Figure 1 : Recrutement des participants à la phase quantitative**



a : “non-inclus” : angiologue, dermatologue, gériatre, échographiste exclusif, allergologue, hospitalier, retraité, suspendu, SOS médecin/urgentiste exclusif, médecine du sommeil exclusive, médecine esthétique exclusive, endocrinologue, cabinet fermé définitivement, exerce en métropole, étudié en phase qualitative, numéro inexistant

b : “injoignables” :

- 89 “numéro valide” : bon numéro sur l’annuaire santé sans réponse du secrétariat ou du médecin après 10 appels et 3 messages laissés sur répondeur
- 22 “blocage secrétariat” : refus du secrétariat de passer le médecin, numéro laissé au secrétariat
- 9 “mail sans réponse” : mail valide sans réponse du médecin après 3 relances par mail

c : “obstacles temporels” (indirect rapporté par le secrétariat) : médecin absent car en vacances, en congés maternité ou raisons de santé

d : “refus” (direct du médecin ou indirect rapporté par le secrétariat) :

- 58 étaient débordé(e)s, n’avaient pas le temps, laissaient en attente sans déclarer leur refus réel
- 24 refus purs sans justification
- 10 ne se sentaient pas concerné(e)s par la prévention du VIH
- 1 obstacle religieux du médecin de ne pas répondre

La répartition sur les deux territoires était équilibrée : 51,7% en Guadeloupe et 48,3% en Martinique (Annexe 4). Parmi les répondants ayant participé à l’étude, la majorité des médecins “étudiés” étaient localisés dans les zones les plus denses, étaient des hommes et avaient 55 ans et plus. Il n’y avait pas de différence statistique concernant la répartition par âge et par sexe pour les médecins “étudiés” comparativement à celle de la population médicale aux Antilles françaises d’après les données démographiques médicales de 2021 disponibles ( $p=0,83$  et  $p=0,27$  respectivement) [21].

### **Connaissances autour de la PrEP-VIH**

Lors de la phase qualitative préparatoire, parmi les seize participants interviewés en présentiel, cinq ne semblaient jamais avoir entendu parler de la PrEP et seulement trois estimaient bien connaître le sujet.

Lors de la phase quantitative, 55% des auditionnés ne connaissaient pas la PrEP et seulement 5% disaient bien connaître le sujet (Annexe 5). Parmi les sources d’information mentionnées par les 77 médecins disant connaître un peu ou bien la PrEP, plusieurs réponses pouvaient être données par le même participant. La source principale d’information était la presse médicale pour plus d’un tiers d’entre eux, notion illustrée par l’énumération des revues médicales par un des auditeurs à la phase qualitative : « *Je suis abonné à Prescrire® mais je reçois des mails Egora®. (...) Voilà, c’est des revues scientifiques, médicales* ». Les autres sources les plus fréquemment citées étaient « les patients » à proportion égale avec « les confrères ou consœurs médecins », celles-ci devançant les sources « institutionnelles » (infectiologues hospitaliers, URPS, CNAM, université...). Seulement 4 participants ont mentionné « FormaPrEP » la plateforme de formation en ligne.

Pour aborder les connaissances autour de la PrEP parmi les médecins disant connaître le sujet, à la question : « Que savez-vous de la PrEP-VIH ? », ils étaient 70% à dire spontanément que l'acronyme PrEP désignait le traitement pré-exposition : « *C'est la thérapeutique de prophylaxie avant un rapport à risque pour éviter une contamination par le VIH* ». En contrepartie, ils étaient près d'un sur cinq à confondre la PrEP-VIH avec le traitement post-exposition (TPE), comme illustré par la déclaration de ce médecin interrogé : « *Traitement proposé pour (...) les patients à risque d'avoir le VIH qui se sont exposés sans contraception (...) c'est un peu comme une pilule du lendemain* ». Lors de ce sondage téléphonique, un tiers des médecins ont clairement exprimé que c'était un outil qui permettait de limiter le risque d'infection par le VIH : « *Pour éviter au maximum les contaminations (...), si à un instant T il y a un patient qui sait qu'il va avoir (...) une activité sexuelle à risque à ce moment-là, on peut lui fournir une médication per os qui est destinée à limiter le risque de transmission* ». Environ un tiers des médecins mentionnaient qu'il s'agissait d'un TAR.

Concernant les modalités de la prescription, presque un tiers des médecins évoquaient spontanément le fait que depuis juin 2021 les MG peuvent primo-prescrire la PrEP, illustrée par le discours de ces deux MG interrogés en phase qualitative : « *Avant il était réservé à la prescription hospitalière et depuis peu il est en prescription de ville...* » et « *Je crois qu'on peut le prescrire ça fait pas 6 mois c'est ça à peu près ?* ». A noter qu'un quart des praticiens savait que la PrEP pouvait, depuis son déploiement en France en 2016, être renouvelée par le MG. Pour ce qui était de la connaissance des différents schémas de prise, les médecins citaient plus fréquemment le schéma continu (26%) que le schéma discontinu (11,7%). Ils étaient 13% à préciser que la PrEP se prenait au plus tard dans les 2 heures avant la « prise de risque », notion illustrée par le verbatim suivant : « *C'est un truc comme 2 heures (...) avant leur soirée* ».

Un médecin sur dix mentionnait qu'il fallait une prescription sur ordonnance ; ils étaient seulement 8% à évoquer la prise en charge à 100% pour tous les usagers bénéficiant d'une couverture sociale, comme dans l'exemple de ce praticien : « *ça peut être délivré gratuitement sur prescription ou après une consultation* ». Pour ce qui était de l'encadrement de la prescription, près de 8% signalaient qu'il fallait réaliser un dépistage initial des infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH et, en proportion équivalente, qu'il fallait aussi faire un suivi de la fonction rénale, comme dans l'exemple de ce praticien : « *Si c'est un patient qu'on suit on n'a pas besoin de faire un bilan complet. Si c'est un patient qu'on ne connaît pas, peut-être aussi faire un bilan standard pour évaluer sa fonction hépatorenale.* »

L'apport de l'information : « Il s'agit d'un traitement antirétroviral préventif pris avant des expositions potentiellement à risque pour réduire le risque d'infection par le VIH » à l'ensemble des



médecins de l'étude a permis d'explorer les populations clés. Pour presque deux tiers des participants, la population principale concernée dans leur patientèle serait celle ayant des comportements sexuels à haut risque, comme illustrée par les déclarations de ces praticiens : « *La population avec des pratiques plus libertines est exposée à des risques avec le chemsex et des soirées où on prend une personne séropositive et c'est au bonheur la chance pour tout le monde* » et « *Ce seraient les prostitués quelque soit le genre ou l'orientation sexuelle (...) les acteurs porno (...) les personnes avec une addiction (...) si on ne peut pas traiter cette addiction pourquoi pas ne pas proposer une PrEP en disant : vous avez un comportement sexuel qui est ce qu'il est, ça va peut être changer mais en attendant protégez-vous comme ça* ». Pour un peu plus d'un quart des médecins interrogés, la PrEP pourrait être un outil pour contrecarrer le mésusage du préservatif, comme on pouvait le comprendre par les propos suivants : « *Il vient me voir à chaque fois pour le même problème c'est la capote a claqué, elle a toujours claqué c'est fou à quel point ça claque ces trucs là* ». L'orientation sexuelle était mentionnée également par un quart des participants, comme en témoignait cette citation : « *Souvent les plus exposés c'est la patientèle gay donc je pense que c'est plus eux qui ont recours à ce traitement* ». Un quart le proposerait à des personnes ayant un ou une partenaire VIH ou de sérologie inconnue, comme illustré par le discours suivant : « *Il y a une très belle jeune fille qui est là mais vous savez qu'elle est positive... Vous avez envie quand même ! Si vous avez le prétraitement c'est encore meilleur !* ». Près d'un quart des praticiens ont cité les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels comme population clé pour la PrEP : « *La population qui multiplie les partenaires en soirée, on est un peu bourré (...), on fait pas gaffe y'a pas de capote* ». Pour 17% des médecins, le jeune âge était un déterminant à prendre en compte comme "facteur de risque", comme dans cet exemple : « *C'est plutôt une population jeune, plutôt qu'une population âgée, bien que le HIV touche (...) tous les âges* ». Ils étaient cependant près de 15% à exprimer que la PrEP pourrait concerner tout le monde, comme dans ce verbatim : « *Tout le monde est exposé en vrai, donc tout le monde* ».

### **Pratiques en matière de PrEP-VIH**

Lors de la phase qualitative, seulement deux médecins parmi les seize interviewés ont déclaré avoir prescrit ou renouvelé la PrEP, dont un qui a précisé l'avoir primo-prescrit hors des territoires étudiés : « *En Guyane ça m'est arrivé de la prescrire mais pas en Martinique non* ». Lors de la phase quantitative, on retrouvait la même proportion de médecins ayant déjà prescrit ou renouvelé la PrEP (21 prescripteurs parmi les 172 médecins interrogés soit 12%).

Lors de la phase quantitative, pour explorer les intentions de prescription en matière de PrEP nous avons posé la question suivante : « *En consultation, dans quelles circonstances parlerez-vous de la PrEP-VIH avec le patient ?* » et nous avons colligé les réponses sachant qu'un même participant

pouvait en formuler plusieurs (Annexe 6). Ainsi la moitié d'entre eux ont répondu qu'ils pourraient proposer la PrEP quelque soit le motif de consultation dès lors que le (ou la) consultant(e) serait estimé(e) à haut risque, comme illustrée par la réponse d'un des médecins à la phase qualitative : « *Il y a une catégorie de personnes où le risque est beaucoup plus grand, et c'est là qu'il faut [prescrire la PrEP] !* ». Un tiers en parlait ou en parlerait seulement si le (ou la) patient(e) en faisait la demande, comme dans le cas de ce participant : « *A celui qui me le demande oui, je n'irais pas dire aux gens (...) : Si jamais vous avez des rapports extra-conjugaux, de nouveaux partenaires, surtout prenez Truvada® !* ». Un quart la proposait ou la proposerait si la consultation concernait la santé sexuelle, comme pour ce médecin : « *Ce sera souvent ciblé [si le patient] présente des symptômes d'infection sexuellement transmissible* ». Il est à souligner que 11% des médecins ont déclarés qu'ils ne proposeraient pas la PrEP, comme en témoignait déjà ce verbatim : « *On a la possibilité de le faire c'est bien gentil mais je ne le ferais pas, (...) Mon job c'est dépister le HIV point, pas de faire un bilan initial et d'initier le traitement, déjà le renouvellement d'ordonnance c'est déjà pour moi énorme !* »

### **Opinions et attitudes à propos du traitement PrEP-VIH**

Par la suite, les opinions et les attitudes en matière de PrEP ont été explorées par la recherche des bénéfices et des risques liés au traitement auprès des médecins interrogés. Plusieurs réponses pouvaient être données par le même participant. Elles ont été regroupées par thématique. (Annexe 7)

#### Les bénéfices de la PrEP-VIH

Ainsi la question : « Selon vous, quels seraient les avantages de la PrEP-VIH ? » a été posé à l'ensemble des participants pour appréhender leur ressenti en termes d'avantages concernant l'outil.

##### a. Limiter le risque infectieux

Le bénéfice le plus souvent mis en avant était d'éviter de se faire infecter par le VIH pour plus de la moitié des participants et ainsi limiter la propagation à autrui pour un quart des participants, illustrés par la déclaration : « *Les aspects positifs c'est d'éviter la diffusion de la maladie* ». Éviter la prise d'un traitement antirétroviral à vie était mentionné comme avantage par 8% des médecins interrogés, ce que traduisait en langage « familier » les propos d'un des médecins rencontré en phase qualitative : « *En réalité c'est chiant hein d'avoir un traitement au long court* ».

b. Plus de libertés et de confort durant des rapports sexuels

Pour un médecin sur six, la PrEP permettrait à l'usager d'avoir plus de libertés, avec pour exemple la citation suivante : « *Ce n'est pas parce que quelqu'un prend une PrEP qu'il va aller avoir du sexe à tout va si c'est pas son truc (...) mais par contre ça va donner à ceux qui ont déjà une sexualité plus libérée un meilleur confort* ». Près de 15% considéraient que la PrEP offrait la possibilité de se prémunir du VIH sans être obligé d'utiliser les préservatifs aux personnes qui le souhaitent, comme dans l'exemple de ce verbatim : « *Ceux qui ne veulent pas mettre le préservatif parce que ça leur gâche leur plaisir* » et/ou qui étaient en difficulté pour l'utiliser ou l'imposer, notamment les femmes comme dans cet exemple : « *Tu prends une PrEP, le préservatif craque t'es travailleuse du sexe t'es quand même plus à risque que d'autres personnes (...) Quand il te viole t'as pas réfléchi s'il met une capote ou pas et il te flanque son VIH* ». Pour presque un médecin sur dix, la PrEP permettrait au patient de ne plus avoir peur de la maladie, idée illustrée avec le verbatim suivant : « *Je pense que ça peut les tranquilliser ceux qui ont vraiment des comportements sexuels à risque... et faussement d'ailleurs puisqu'il ne sont pas protégés à 100% ni des autres IST, mais... c'est déjà ça de pris* ». A souligner que 15 médecins (soit 9%) pensaient qu'un des bénéfices de la PrEP étaient de permettre aux personnes sérodifférentes pour le VIH de « faire couple et de procréer », comme dans cet exemple : « *Un couple avec un des deux partenaires qui est VIH positif et qui veulent un enfant* ». Cet outil serait adapté pour se protéger lors d'événements festifs ponctuels pour 6% d'entre eux, illustré par ces propos : « *Il y a des gens qui sont des consommateurs sexuels et qui vont aller dans des soirées pour consommer* ». Enfin, seulement 4,7% des médecins interrogés voyaient la PrEP comme un moyen de prévention supplémentaire : « *Les accidents de préservatifs ça existe. Donc c'est juste un plus en fait qui permet d'être mieux protégé (...) c'est bretelles-ceinture* ».

Les risques liés à la PrEP-VIH

Pour appréhender le ressenti des participants en termes d'inconvénients concernant l'outil, il a été posé la question suivante à l'ensemble des participants : « A votre avis, quels seraient les inconvénients de la PrEP-VIH ? »

a. Relâchement des précautions et recrudescence des IST

Près de la moitié répondait craindre que la PrEP entraîne un relâchement des précautions, comme souligné par cette citation : « *Ça va encore encourager les gens à ne pas avoir de moyen de se protéger avant un rapport* » et un médecin sur six redoutait une augmentation des pratiques sexuelles à risque : « *C'est un peu la porte ouverte à des comportements irresponsables (...) Alors ce que je veux*

*dire par libertinage, c'est des comportements non responsables (...) On se dit : bon j'ai pris le traitement prophylactique je peux y aller sans problème, sans faire attention ». Presque un praticien sur cinq, craignait que l'usage de la PrEP provoque une sensation de toute puissance du patient face à la maladie, comme dans cet exemple : « Le fait qu'ils se sentent peut-être protégés à 100% et que du coup ils ne se protègent plus du tout ». Plus d'un quart s'inquiétaient d'une recrudescence des IST et de leurs complications, comme en témoigne ce verbatim : « La prévalence de la syphilis mais surtout gonocoque, et trichomonas sont nettement supérieures. [Les IST] ne seront pas forcément parlantes. Une syphilis ok super... mais on peut quand même passer à côté de la primaire, la secondaire (...) La tertiaire c'est une neurosyphilis c'est pas un diagnostic très engageant à la fin ».*

#### b. La gestion de la PrEP-VIH

Plus d'un tiers des médecins interrogés ont évoqué les effets indésirables que la PrEP pourrait induire pour l'utilisateur : « Ce n'est pas un traitement complètement anodin, c'est un antirétroviral donc il y a possiblement des effets secondaires ». Ils étaient plus d'un quart des participants à éprouver de l'inquiétude à propos de la capacité d'adhésion du patient, des difficultés de suivi et de surveillance de la PrEP, avec pour exemple la citation de ce médecin interrogé : « Tu crois que ces gens qui ont des comportements à risques vont avoir un suivi régulier ? Des gens qui ont une liberté sexuelle débridée, ce n'est pas le genre qui vont faire des prises de sang tous les mois ». Le coût de la PrEP était une préoccupation pour presque un médecin sur six, comme pour ce praticien : « Il y a des coûts de santé publique, ce traitement [il faudrait] peut être le généraliser plutôt à des indications plus précises ».

### **Opinions et attitudes concernant la prescription de la PrEP-VIH**

Enfin, les opinions et les attitudes quant aux facteurs qui limiteraient ou faciliteraient la prescription de la PrEP en médecine libérale ont été explorées. Plusieurs réponses pouvaient être données par le même participant. Elles ont été regroupées par thématique.

#### Les freins à la prescription de la PrEP-VIH concernant le médecin

Afin d'analyser les freins à la prescription de la PrEP sur le territoire, la question : « Selon vous, quels seraient les obstacles à la prescription de PrEP aux Antilles ? » a été posée à l'ensemble des médecins (Annexe 8).

a. Manque de connaissances, de formations et d'informations

Presque un tiers des participants rapportaient qu'ils manquaient de connaissances. Environ un quart des participants relevaient le manque d'informations et de formations qui pouvaient leur être destinées : « *Les pouvoirs publics ne se mobilisent pas, les vendeurs de médicaments ne se mobilisent pas, les infectiologues ne se mobilisent pas. (...) Moi je suis président d'une association de formation médicale, je n'ai jamais reçu l'info pour la transmettre* ». De plus, certains pointaient la réduction du temps consacré aux formations médicales continues (FMC) : « *Ils ont diminué le nombre d'heures de FMC par médecin et donc il faut choisir ses informations. L'information sur la PrEP (...) je n'irai pas faire une FMC, y passer 4 heures là-dessus, parce que j'estime que j'ai d'autres choses à apprendre et que j'ai pas suffisamment d'heures* ». Enfin pour d'autres, l'information à propos du COVID-19 à cette période était prépondérante : « *Les médecins généralistes étaient en pleine crise COVID, il y avait beaucoup de communication médicale à ce moment-là qui tournait autour du COVID* ».

b. Patientèle peu concernée et convictions personnelles sur les moyens de prévention

Environ un quart des médecins, ont mentionné que l'offre de PrEP pouvait être difficile selon le type de patientèle abordée, avec pour exemple l'âge avancé du patient : « *Quand on a comme nous une patientèle très gériatrique avec des diabétiques c'est pas prioritaire* ». Un peu plus d'un médecin sur cinq soulignaient que les croyances personnelles du prescripteur pourraient influencer leur choix en termes de prévention, notion illustrée par ce verbatim : « *Quand j'étais en Guyane, il y avait tout un tas de gynécologues [religieux] qui refusaient l'IVG. (...) Il y en avait un seul qui faisait les IVG ! Donc par convictions personnelles, les gars refusent et donc moi ça me choquerait pas plus que ça qu'il y ait aussi des médecins vieux jeu qui soient sur le même ordre d'idée par rapport à la PrEP* ».

c. Manque de temps et priorité à d'autres motifs de consultation

Un praticien sur cinq rapportaient le manque de temps en consultation pour aborder la PrEP, ainsi le nombre conséquent de demandes du patient pouvait constituer un obstacle pour parler de cet outil de prévention, comme illustré par ce verbatim : « *Quand les gens arrivent avec dix demandes et qu'ils ont un cancer etc (...) On peut pas tout faire, on n'a pas le temps ! Tout ce qui est pathologie cardiovasculaire nous prend tellement de temps qu'on n'a pas toujours le temps (...) Enfin, la santé sexuelle fait partie de la santé générale mais ce n'est pas la priorité* ».

d. Ancienneté et expérience du prescripteur

Un participant sur neuf a suggéré que l'ancienneté médicale et l'âge du médecin pouvaient être une source de réticence à un concept innovant, comme cité par cette médecin interrogée en phase qualitative : « *L'un des sujets [de formation] une fois c'étaient les NACO (...) on était que trois jeunes ! Et tous les autres qui avaient plus de 55 ans disaient : Non moi j'ai pas confiance. (...) Il y a beaucoup de réticence par rapport à tout ce qui est nouveau. Une réticence d'utilisation par ceux qui sont déjà installés depuis un certain moment* ». A noter que lors de la phase quantitative, aucun médecin n'a mentionné sa difficulté à aborder la sexualité comme un frein possible à la prescription de la PrEP. Parmi les seize interrogés lors de la phase qualitative, un médecin a longuement discuté de son inconfort d'aborder la sexualité dans sa pratique : « *Je peux pas me permettre d'avoir un jugement, souvent ce serait avoir un a priori sur la personne et je pense que je peux complètement me tromper (...) Moi je suis une femme, les hommes ils viennent me parler de leur sexualité, faudrait déjà que je sois au clair avec ma propre sexualité... (...) Je ne suis pas toujours à l'aise pour parler de ça, parce que j'ai pas envie de choquer, j'ai l'impression que c'est une intimité qui peut être difficile à aborder (...) Être la personne initiatrice c'est pas évident* ».

e. Généralisation de la prescription du TPE au médecin généraliste

4,1% des participants évoquaient que l'extension de la prescription du TPE aux MG aurait été plus intéressante que celui de la PrEP, comme cela a été exprimé ainsi : « *J'ai pas forcément la population, qui va avoir des prises de risques vraiment sur du long terme c'est vraiment quelque chose qui va être plutôt à mon avis de manière très ponctuel et donc dans ce cas la je pense que c'est plus simple de faire du post exposition finalement. Après en médecine ambulatoire, on n'a pas le traitement post exposition, à la limite je l'aurai vu plus utile.* »

Les freins à la prescription de la PrEP-VIH provenant du patient et/ou de la société selon les médecins

a. Tabou et stigmatisation de l'homo et/ou bisexualité, de la sexualité en général, la peur du "qu'en dira-t-on" et la condition d'insulaire

Au cours de l'étude quantitative, le tabou de l'homosexualité et de la bisexualité était mentionné par un quart des praticiens comme un frein à la prescription de la PrEP. Lors de la phase qualitative, un médecin en Martinique soulignait la difficulté d'échanger entre HSH avec les réseaux sociaux actuellement proposés : « *Les mecs ont leur [Groupes WhatsApp®], ils intègrent que des mecs qui ont des copines, pour qu'on ne sache pas que t'es dans un groupe avec des mecs homosexuels* ».

Un autre médecin en Guadeloupe a d'ailleurs pointé le manque de lieux de rencontres pour les HSH : « *On n'est pas à Paris, la communauté gay elle est très cachée ! Il n'y a pas de bars gays, il n'y a pas de clubs de rencontres, je pense que c'est tabou parce qu'il n'y a pas grand-chose qui leur est proposé* ». L'homophobie et la transphobie seraient encore très présentes selon ce MG installé depuis longtemps en Martinique : « *Jusqu'à maintenant dans la société martiniquaise être homosexuel c'est, mon dieu, c'est quelque chose de catastrophique ! Alors quand des parents ont un garçon qui leur dit qu'il est homosexuel (...) ils savent que ça va être une catastrophe s'ils l'annoncent, et ils vivent leur vie de façon cachée en courant plus de risques. Et c'est comme ça que la maladie flambe !* »

Un médecin sur cinq considérait que la difficulté pour la population générale de parler de la sexualité en consultation était un frein pour parler de la PrEP, comme on pouvait le comprendre par le discours de ce praticien auditionné en Guadeloupe : « *Quand on parle de sexualité ou de maladies sexuellement transmissibles, on voit bien qu'il y a un petit sourire en coin l'air de dire je n'ai pas besoin d'entendre ça* ». Ce même médecin soulignait que le tabou de la sexualité était plus fort aux Antilles qu'en France hexagonale : « *La discussion est plus facile en métropole par rapport à la sexualité, par rapport à la prévention. Ne serait-ce que pour le Gardasil®, ne serait-ce que pour l'éducation des jeunes* ».

Un médecin interrogé sur sept a évoqué que proposer la PrEP pouvait être une source de stigmatisation pour le patient. Parmi les nombreuses situations stigmatisantes évoquées, un médecin au cours de la phase qualitative pensait notamment au regard que pouvait porter le partenaire potentiel sur le PrEPeur, comme illustré par son discours : « *[Le partenaire] te dit : Ah bah tiens mais qu'est-ce que tu as ? Qu'est ce que t'es en train de prendre là ? Parce que tu penses que je vais te coller le SIDA ? C'est un peu compliqué au niveau de la relation* ». Ce même médecin évoquait que la venue en pharmacie de l'utilisateur pouvait être aussi une situation stigmatisante : « *Vous achetez des préservatifs où vous voulez, c'est plus simple que d'aller à la pharmacie chercher une PrEP* ».

De plus, la vie d'insulaire était mentionnée par environ un médecin sur dix comme pouvant être un facteur accentuant la stigmatisation de l'utilisateur en pharmacie, comme soulignée par les propos suivants : « *Ici ils auraient un peu peur d'aller en pharmacie demander ce genre de traitement. Ils ont un peu peur du jugement ou d'être vus ou d'être reconnus. C'est quand même une petite île où tout le monde connaît tout le monde. Ils auraient peur qu'on leur dise des trucs : Ah j'ai vu ton fils il est allé à machin ou madame untel a pris ceci... Je pense qu'ils auraient peur du qu'en-dira-t-on* ».

#### b. Manque d'information et désintérêt pour la prévention primaire

Presque un médecin sur six rapportait un manque d'information du grand public, d'où le peu de demande de PrEP par les consultant(es) qu'avait exprimé l'un des médecins audités en phase qualitative comme suit : « *Je pense que si la population est informée, les patients vont débarquer* ».

Pour près de 17% des médecins, les personnes viendraient consulter parce qu'elles ont un problème de santé et pas pour bénéficier de conseils et/ou traitements préventifs ce qui traduirait, de leur point de vue, un désintérêt de la population pour la prévention primaire et constituerait par conséquent un frein pour aborder la PrEP en consultation : « *On préfère se soigner plutôt que de prévenir la maladie. On va manger, manger, manger, boire, boire, boire, et puis après on va se trouver avec des maladies secondairement liées. Je pense que c'est sociétal. La prévention, à mon avis, n'est pas une priorité.* »

c. Rejet de la molécule, déni de la maladie et dimension magico-religieuse

Au cours de l'étude quantitative, un médecin sur six évoquait la méfiance des patients par rapport à des nouveaux médicaments, aggravée par l'épidémie COVID-19. Ainsi la crainte d'un rejet de la molécule, comme pour la vaccination, était exprimé dans la phase qualitative par la déclaration suivante : « *Il y a aussi un rejet peut-être de certaines molécules médicamenteuses, on l'a vu pas mal avec le COVID aussi par rapport aux vaccinations* ». 8,7% des médecins interrogés décrivaient un déni des patients par rapport au VIH, notion illustrée par ce cas : « *Ils sont dans le déni en fait. Pour eux c'est que la maladie n'existe pas, ou ça ne passera pas par eux ou ils connaissent bien untel et untel donc ça ne peut pas leur arriver* » pouvant entraîner des opportunités manquées comme citées par un autre participant : « *Malheureusement c'est 3 mois ou quelques années plus tard, au cours d'un dépistage, qu'on constate ce qui leur est arrivé. Du coup, rétrospectivement c'est des choses qui auraient pu être évitées* ». 11 médecins (6%) identifiaient comme frein les croyances magico-religieuses de leurs patients, comme relaté par ce médecin en Martinique : « *Ça ne passera pas par moi, Dieu me protégera ! [Les patients] pensent qu'il y a une force supérieure qui va les protéger, qui va les guérir.* » Ce même médecin expliquait que la dimension magique donnée au médicament pourrait influencer la prescription : « *[Les patients] ont tellement la pensée magique qu'ils en gardent une peur de la médecine. Quand on fait un peu de magie on appelle ça du tjenbwa !* »

Les leviers à la prescription de la PrEP-VIH concernant le médecin

Par la suite, la question : « A votre avis, par quels moyens pourrait-on faciliter la prescription de PrEP aux Antilles ? » a été posée à l'ensemble des médecins afin d'explorer les leviers à la prescription de la PrEP sur le territoire (Annexe 9).

a. Meilleure information et formation

Deux tiers des médecins interrogés préconisaient une meilleure information et formation des médecins en citant diverses sources, à proportions égales (17%) pour les suivantes :



- L'association de médecins comme l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), qu'avait indiqué un médecin lors de la phase qualitative en Martinique : « *L'URML, je pense que c'est le meilleur organisme justement pour toucher les médecins, plutôt que l'ARS et compagnie. Les médecins ont tendance à, lorsque ça vient de l'ARS, de mettre ça de côté. L'URML c'est leur confrère (...) ce serait plus positif de partir de l'URML pour toucher le maximum de médecins et les sensibiliser* ».
- Les grandes instances (telles que la sécurité sociale, l'assurance maladie ou l'ARS) : « *Santé publique France [qui adresse au médecin] des grandes enveloppes avec les trucs de toutes les couleurs* ».
- Les infectiologues hospitaliers comme mentionnés à la phase qualitative : « *Nous avons nos infectiologues référents qui peuvent utiliser la voie de presse* ».

D'autres sources d'information étaient évoquées comme la FMC par moins d'un praticien sur six, comme dans le cas de cette médecin interrogée en Guadeloupe : « *Pour les professionnels c'est la formation médicale continue* ».

Concernant les moyens d'informations, le support papier semblait être le meilleur vecteur pour un praticien sur sept, comme pour ce médecin : « *Les brochures à lire en moins de dix minutes, c'est très pertinent parce qu'au moins c'est fait et puis on peut les garder en pense-bête* ». Ils étaient 11,6% des praticiens à mentionner les congrès, comme ce médecin auditionné : « *J'allais beaucoup en congrès, aux entretiens de Bichat jusqu'au COVID, j'espère que ça va revenir* ». Un médecin sur neuf signalait sa préférence pour les visioconférences comme dans cet exemple : « *Derrière l'ordinateur en visio, je trouve que c'est très bien au lieu des formations en présentiel* ». Une démarche de type "aller-vers" était proposée par 9% des participants, comme soulignée par ces propos : « *On toque à la porte et on dit : J'ai une information sur ceci, ça prend moins de 2 minutes à lire (...) On a moins à faire la démarche nous même, du coup c'est mieux pour des personnes qui ont peu de temps* ». Le mailing était mentionné en phase quantitative par 9,3% des MG, mais n'a pas été évoqué en phase qualitative. Des participants pensaient aussi que la formation via les DU, les cours et les doctorants seraient un bon vecteur d'information, comme illustré par les propos de ce médecin qui aurait souhaité être formé sur la sexualité durant son cursus universitaire : « *Est-ce que ça fait partie des études de médecine ? Quelle place donne-t-on à la sexualité comme relation à l'autre ? Comme relation à soi ? On ne nous a jamais parlé de la sexualité. On a parlé d'urologie, de gynécologie, de je ne sais quelle pathologie, mais la sexualité ?* »

- b. Mettre à profit la relation de confiance, donner une place prépondérante au MG dans la prévention, accès facilité et disposer de plus de temps en consultation

Pour un cinquième des participants, s'appuyer sur la relation de confiance privilégiée entre MG référent et patient pourrait faciliter la prescription de la PrEP, comme dans ce cas : « *Être suffisamment ouvert d'esprit pour que le patient puisse vraiment se livrer. Le médecin traitant doit pouvoir écouter tout le monde, que ce soit sur le plan sexuel ou pas. C'est un sujet très personnel et il faut ne pas forcer et laisser cette possibilité au patient d'ouvrir la discussion* ». 8,7% des participants attribuaient une place prépondérante au MG pour la prévention primaire, comme pour ce praticien : « *Il me semble que le médecin généraliste est tout à fait bien positionné pour prescrire en première intention une PrEP* ». De plus, en phase qualitative ce médecin soulignait l'absence de stigmatisation au cabinet du MG par rapport aux CEGIDD : « *C'est plus facile d'aller voir le médecin généraliste et de lui en parler que d'aller dans un centre... parce que même si c'est anonyme, les gens vous voient : Ah tiens tu sors de là !* ». Enfin, l'accès facilité chez le praticien et sa disponibilité seraient un levier pour 6,4% des médecins interrogés : « *S'il y a un gars qui vient se pointer : Ouais ce weekend c'est carnaval je vais faire n'importe quoi ! Si je lui dis : Ah bah très bien, vous me prenez un rendez-vous chez l'infectio vous le verrez dans 3 semaines ! Bah le carnaval est passé...* »

#### Les leviers à la prescription de la PrEP-VIH provenant du patient et de la société selon le médecin

- a. Meilleure information

Dans les mêmes proportions que pour le manque d'information des médecins, presque deux tiers des interrogés recommanderaient une meilleure information du grand public pour optimiser la prescription de la PrEP-VIH en s'appuyant sur :

- En premier lieu, des spots publicitaires diffusés par la radio et la télévision seraient les moyens les plus appropriés pour informer la population (proposés par 44% des répondants) : « *Il faut que ce soit relié dans les différents formats publicitaires radio et télé (...) Ils ont l'information, ils sont au courant et si jamais ils se retrouvent dans une telle situation, ils vont se rappeler que ça existe* ».
- Des journées de campagnes de prévention (citées par plus d'un tiers des médecins), comme illustré par ces propos : « *Les journées de campagnes de sensibilisation, (...) il faut leur montrer qu'en Martinique : Mon dieu c'est la catastrophe, on est touché par le VIH de façon excessive ! Or, il y a un traitement préventif qui existe. Parlez-en à votre médecin traitant. Parlez-en !* »

- Des supports papier (brochures ou flyers) mis à disposition dans les salles d'attente sembleraient être un vecteur approprié (mentionnés par un participant sur cinq) : « *Des affiches sur la PrEP, quand vous affichez quelque chose les gens voient, ils s'intéressent, ils se demandent* ».
- A noter que pour un participant sur six, le MG paraissait être le meilleur relais d'information auprès de la population générale s'il aborde systématiquement ou occasionnellement la santé sexuelle lors de ses consultations. Ainsi, un médecin interrogé proposait de réorganiser sa consultation comme tel : « *En général quand ils viennent faire leur check up, je leur dis : tu fais du sport ? tu manges ? le sommeil ? Ca serait très informatif pour moi, d'intégrer aussi les données autour de la sexualité, du comportement sexuel, de la santé sexuelle, du désir, de la libido* ». Une autre médecin proposait une consultation spécialement dédiée à la santé sexuelle : « *Une fois par an il faut qu'on ait une consultation que gynéco ! Et c'est à ce moment là en fait que j'aborde ce sujet là. Mais pour moi c'est une consultation à part. "Ah oui mais je voulais en profiter pour..." Non ! On prend un temps de consultation qui est dédié pour ça, et on en discute* ».

b. Faire évoluer la perception et les représentations de l'infection VIH et des autres IST

Changer la vision de la société sur le VIH pour 6,4% des médecins interrogés serait un moyen d'optimiser la prescription de la PrEP, comme dans cet exemple : « *Il faut peut-être remettre à sa place l'handicap que c'est d'avoir le VIH, débanaliser. (...) Pour les jeunes c'est devenu banal* ». Pour ce médecin interrogé, ce serait considérer le VIH comme une maladie chronique au même titre que d'autres pathologies : « *Ça devient une maladie chronique comme une autre, mais il n'empêche qu'aux yeux de la société c'est une maladie qui est encore très particulière* ». Ou encore de déculpabiliser le patient à propos de sa maladie afin de mieux la traiter pour ce praticien : « *La personne qui est porteuse se sent culpabilisée vis-à-vis des autres (...) Ce n'est pas toujours évident d'agir sur le psychisme des gens etc. Mais c'est à force et à force ... Leur mettre des spots pour leur expliquer que : Vous avez un cas de VIH dans votre famille, il ne faut pas le stigmatiser, au contraire il faut le pousser à se faire soigner. (...) Parce que des fois on perd le soutien de sa propre famille.* »

c. Disponibilité du traitement sans ordonnance

Enfin, à souligner que 14 répondants ont proposé comme levier une délivrance sans ordonnance de la PrEP en pharmacie, ce qui n'avait pas été suggéré lors de la phase qualitative.

## DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'explorer les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de PrEP des MG exerçant en ambulatoire en Martinique et en Guadeloupe.

C'est la même méthodologie qui avait été appliquée pour l'enquête auprès des MG aux Antilles Françaises, conduite en 2016, et qui portait sur leurs « connaissances, attitudes et pratiques » concernant les médicaments génériques [22]. Dans cette thèse intitulée « Pas de génériques Docteur ! », le taux rapporté de participation était cependant bien supérieur à celui obtenu pour notre étude (74% vs 42%) pour un nombre total de médecins éligibles sensiblement comparable à celui de notre enquête (428 vs 414). Cet important différentiel peut s'expliquer d'une part par un taux plus important de médecins injoignables (20% vs 29%) sachant qu'entre 2016 et 2022 certains praticiens ont cessé d'exercer, et surtout que, depuis la crise sanitaire COVID-19, les plateformes de prise de rendez-vous en ligne ou de secrétariats délocalisés se sont beaucoup développées, rendant l'accès téléphonique aux médecins bien plus difficile. D'autre part, nous avons été confrontés à un taux de refus quatre fois plus important (8% vs 32%) sachant que parmi ceux ayant refusé de participer à notre étude, 11% avaient spontanément justifié leur refus par le fait qu'ils ne se sentaient pas concernés par la prévention du VIH. Ainsi, cette thématique s'est révélée être un sujet bien moins « attractif » que celle de la prescription des génériques en médecine de ville.

Toutefois, notre taux de participation est bien meilleur que celui enregistré lors de l'enquête quantitative nationale réalisée en 2018 auprès de 3000 MG, taux qui n'était que de 12% sachant que cette enquête *a contrario* de la nôtre s'est déroulée avant l'autorisation de la primoprescription de la PrEP pour tous les médecins, intervenue en juin 2021 [7,23]. Notre taux de réponse est par ailleurs comparable à celui obtenu lors d'une étude menée en Australie en 2017 sur ce sujet (41% sur 109 médecins échantillonnés) avec une méthodologie proche de celle utilisée pour notre enquête (étude mixte mais avec une phase quantitative suivie d'une phase qualitative) [24].

Quant à la représentativité des 172 médecins ayant in fine participé à notre enquête (avec une répartition qui est restée équilibrée entre la Martinique et la Guadeloupe), elle paraît satisfaisante puisqu'il n'a pas été mis en évidence de différence significative par rapport aux professionnels de santé listés en 2021 dans "Atlasanté" [21].

D'après les résultats de notre enquête, plus de la moitié des médecins interrogés (55%) ont répondu ne pas savoir ce qu'était la PrEP, situation probablement sous-estimée puisque près de 20% de ceux qui disaient connaître cet outil préventif semblaient le confondre avec le TPE. Alors que la Martinique et la Guadeloupe demeurent en tête de liste des régions françaises les plus impactées par l'épidémie VIH, la part de méconnaissance de la PrEP par les MG s'avère sur ces territoires bien plus

élevée que celles rapportées dans d'autres études. Ainsi, celle-ci était de 33% pour l'enquête nationale mentionnée plus haut et pourtant plus ancienne [23]. Dans une étude similaire conduite en région parisienne courant 2017, ce sont seulement 14% des médecins parisiens interrogés qui avaient répondu ne pas connaître la PrEP, cet important écart pouvant s'expliquer par le fait que la majorité étaient de jeunes médecins œuvrant dans une région où surviennent près de la moitié des cas incidents annuels nationaux d'infection par le VIH et où, de fait, la communication est bien plus importante avec notamment les campagnes « PARIS sans Sida » [25,26]. Dans une étude quantitative plus récente datant de 2020 en région PACA, cette proportion était « intermédiaire » mais toujours également bien inférieure à celle que nous avons objectivée (21% vs 55%) [27].

Parmi les 77 MG ayant répondu connaître la PrEP, la principale source d'information mentionnée était la presse médicale (36%). Ce résultat est similaire à celui rapporté dans l'étude nationale de 2018 (35%) ou encore à celui recueilli dans une étude quantitative conduite en 2019 auprès des généralistes exerçant dans les Bouches-du-Rhône (40%) [23,28].

Parmi les 172 médecins ayant participé à notre enquête, 12% ont répondu avoir déjà eu l'occasion de prescrire et/ou de renouveler la PrEP soit deux fois plus que lors de l'enquête nationale en 2018 où ce taux était de 6% [23]. Cette différence pourrait probablement s'expliquer par le fait que l'étude nationale a été réalisée en amont de l'ouverture à la primo-prescription aux médecins généralistes en juin 2021. Cependant, dans l'étude plus récente de 2020 en région PACA, une part plus importante de 16% l'avait déjà renouvelée [27]. D'après les dernières données nationales de la SNDS (Système National des Données de Santé) rapportées par EPI-PHARE, entre le 1er janvier 2016 et le 30 juin 2022, 18% de l'ensemble des primo-prescriptions de PrEP et 23% des renouvellements ont été effectués par des MG exerçant en libéral, avec une nette augmentation de la part des MG comme prescripteurs à compter de 2021. Ainsi, au premier semestre 2022, ce sont plus d'un tiers des primo-prescriptions (36%) qui ont été faites par des MG libéraux et 32% des renouvellements. A souligner un doublement du nombre d'utilisateur.trices de la PrEP entre 2020 et 2022 en Martinique et en Guadeloupe (respectivement 137 et 99 au premier semestre 2022) mais l'analyse régionale présentée par EPI-PHARE ne détaille pas les caractéristiques des prescripteurs [12].

A la question posée concernant le (ou les) public(s) qui, selon eux, pouvai(en)t être concerné(s) par la PrEP, deux tiers (65%) ont mentionné les personnes ayant des pratiques sexuelles à haut risque (HSH, multipartenariat...). Cette réponse est en adéquation avec les premières recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) lors du déploiement de la PrEP en 2016, qui réservait cette prophylaxie médicamenteuse pré-exposition essentiellement aux HSH ou personnes transgenres à haut risque d'acquisition du VIH et, au cas par cas, aux usagers de drogues [29]. Il est à noter que 11% des praticiens de notre étude ont exprimé spontanément qu'ils ne parleraient pas de la PrEP en

consultation, proportion similaire à celle recueillie lors de l'étude conduite en région PACA [27]. Cependant, ils étaient près de 15% à déclarer que la PrEP pourrait concerner toute personne en activité sexuelle quel que soit son genre et/ou orientation sexuelle. De plus, un quart des médecins interrogés ont souligné qu'ils pourraient parler de cet outil lors de « consultations dédiées à la santé sexuelle » ce qui amène à penser qu'une proportion assez conséquente des participants aurait intégré que la PrEP pouvait être plus largement proposée, comme « suggéré » par l'HAS recommandant de proposer la PrEP à « *toutes les personnes potentiellement exposées dans une approche individualisée tenant compte des expositions passées ou futures* » [7].

Pour l'heure, si les chiffres très récents de la PrEP, jusqu'en juin 2022, mettent en évidence une reprise soutenue de son utilisation en France après le coup d'arrêt de 2020 et une forte augmentation de sa prescription en ville, sa diffusion à toutes les catégories de population exposées face au VIH reste encore limitée et de larges marges existent pour que de nouveaux publics en bénéficient. Ainsi, le public de la PrEP est toujours constitué en majorité d'hommes (97%), âgés de 36 ans en moyenne. Seuls 7% sont bénéficiaires de la CMU-C et moins d'1% bénéficient de l'AME, ce qui indique une faible proportion de personnes précaires parmi les utilisateurs. Néanmoins les femmes doublent leur proportion à 4%, avec un nombre qui après avoir stagné depuis 2016 a doublé sur un an, atteignant 379 au premier semestre 2022 (contre moins de 150 par semestre antérieurement) et la proportion de moins de 25 ans a augmenté atteignant 24% sur le premier semestre 2022 [7].

Concernant les bénéfices de la PrEP, on retrouve une diversité de réponses, mais pour la majorité des participants le principal bénéfice semblait être de limiter l'infection au plan individuel et/ou la propagation de l'infection VIH au plan collectif. Dans la thèse conduite dans les Bouches-du-Rhône, on retrouve aussi une majorité de médecins (78%) qui étaient "d'accord" ou "plutôt d'accord" avec le fait que cet outil diminuerait la prévalence du VIH [28]. Si le bénéfice de la PrEP a largement été démontré au plan individuel, des études plus récentes sont venues confirmer son impact sur la réduction de l'incidence du VIH. Une étude réalisée entre 2012-2016 aux Etats-Unis a montré que l'augmentation du nombre de nouveaux PrEPeur était associée à une diminution des taux de nouveaux diagnostics du VIH [30]. On peut aussi citer l'étude australienne EPIC-NSW en 2018, ayant montré que l'implémentation de la PrEP à grande échelle était associée à une diminution du nombre de PND chez les HSH [31]. Ces avancées scientifiques semblent encore mal appréhendées par une proportion importante de médecins.

Parmi les autres bénéfices cités, un certain nombre de médecins pensaient aussi que la PrEP pourrait permettre à l'utilisateur d'avoir une vie sexuelle plus épanouie, sans crainte, avec plus de libertés et d'améliorer la qualité de vie sexuelle. Tout comme l'ont aussi exprimé plusieurs MG parmi les 11

auditionnés lors de l'étude qualitative réalisée dans les Alpes Maritimes en 2020 [32]. Cette notion de confort et de liberté sexuelle était aussi retrouvée dans une étude qualitative réalisée en 2017-2018 à San Francisco auprès de 30 patients sous PrEP qui exprimaient une amélioration de leur bien-être avec un sentiment de soulagement et une diminution de leur anxiété lors de leurs relations sexuelles [33]. Près de 15% des médecins ont mentionné que le PrEP permettrait aussi d'avoir des relations sans préservatif tout en se prémunissant du VIH. A contrario, ils étaient 4% à exprimer qu'il serait un moins bon moyen de se protéger que le préservatif. Or, de nombreuses études ont montré que le niveau de protection de la PrEP est de l'ordre de 100% à partir du moment où l'observance est optimale, que ce soit avec ou sans préservatif en rappelant qu'elle ne protège pas des autres IST ni des grossesses non désirées [2,3,6].

A noter que près de 9% des médecins ont mentionné que la PrEP pouvait être proposée aux couples séro-différents pour protéger leurs relations sexuelles et/ou avoir des enfants. Ceci amène à penser qu'un certain nombre de médecins ne sont pas informés qu'une personne séropositive ne peut plus transmettre le VIH dès lors que sa charge virale (CV) est indétectable sous TAR, ce qui est le cas de la quasi-totalité actuellement des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et prises en charge, ce aussi bien aux Antilles Françaises qu'en France hexagonale (plus de 95% des PVVIH sont sous TAR et ont une CV indétectable). Cette donnée scientifiquement prouvée, reste cependant globalement méconnue par la population générale mais aussi par encore un grand nombre de professionnels de santé d'où l'importance des campagnes de communication qui commencent enfin à se déployer aussi bien au plan mondial que national : campagne I=I (Indétectable = Intransmissible) ou U=U (Undetectable = Untransmittable en anglais) [36].

Concernant les risques évoqués par les MG lors de notre enquête, la préoccupation majeure exprimée était que l'usage de la PrEP induise un relâchement des précautions et une augmentation des autres IST, ce qui ressortait également de l'étude nationale et de celle menée en région PACA (crainte exprimée par respectivement 50 % et 65% des participants) [23,27]. Tout comme dans l'enquête réalisée en 2015 aux États-Unis auprès de 266 médecins où plus de la moitié avaient répondu redouter une augmentation des comportements à risque [35]. Or, le relâchement dans l'utilisation des préservatifs était constaté bien avant son déploiement et il convient de souligner que de nombreuses personnes utilisent la PrEP en complément du préservatif (prévention combinée/double protection ...). La recrudescence des IST est également bien antérieure à l'offre PrEP, résultant de la baisse de l'utilisation du préservatif mais aussi d'un renforcement des dépistages reposant sur des techniques plus performantes (PCR gonocoque/chlamydiae). De plus, les personnes sous PrEP bénéficient de dépistages réguliers des IST permettant des diagnostics et des traitements plus précoces ce qui peut

contribuer à terme à diminuer l'incidence des IST, comme cela a été objectivé dans plusieurs études [36].

Parmi les autres craintes fréquemment exprimées, celle des effets indésirables (38% des participants de notre étude) comme dans l'étude nationale (47% des répondants) ; ou encore celle de la complexité du suivi (29%), crainte d'un suivi trop lourd rapporté par 32% des médecins interrogés en région PACA[23,27]. Or, cette prise en charge s'est nettement allégée, par rapport aux premières recommandations en 2016 où le suivi était plus complexe, au vu de la très bonne tolérance et du peu d'effets indésirables rapportés [37].

Lors de notre enquête, 15% des médecins ont invoqué un bénéfice-coût de la PrEP défavorable ou disproportionné. Ce sentiment était aussi exprimé par 45 % des praticiens dans l'étude réalisée dans les Bouches-du-Rhône [28]. En France, le coût mensuel du Truvada® est autour de 400 euros et autour de 170 euros si c'est un générique, coût intégralement pris en charge par la sécurité sociale. Cependant, de nombreux modèles scientifiques ont démontré que cet outil est plus économique que l'absence de PrEP qui aboutirait à un nombre plus élevé d'infections et à des coûts plus élevés en raison des traitements à vie [38].

Concernant les freins à la prescription de la PrEP, plus de 30% des participants évoquaient spontanément un manque de connaissance, et de fait, un manque de formation et d'informations pour près de 23% d'entre eux. Cette notion est majoritairement retrouvée dans la littérature, comme dans l'enquête nationale où plus de 87% des médecins mentionnaient l'absence de formation reçue, ou encore au plan international comme le soulignent deux revues de la littérature américaine [23,39,40]. Dans notre enquête, afin de pallier ces freins, ils étaient plus de 67% à souhaiter une meilleure offre de formation et d'information portée par les associations de médecins, tel que l'URML, par les infectiologues ou encore par les grandes instances telles que la sécurité sociale ou les ARS. Spontanément le format papier était le plus cité par près de 15% d'entre eux, puis la participation à des congrès ou encore les visioconférences pour plus de 10%. A noter qu'en Guadeloupe, il a été organisé par l'URPS et le COREVIH une conférence-débat en format mixte (présentiel ou visioconférence) en période "post" COVID, en mars 2022 ; cependant un peu moins de 15 médecins généralistes y ont participé. Pour plus de 15% des médecins, les FMC leur semblaient être un levier supplémentaire d'accès à la connaissance, tout comme exprimés par des médecins lors d'une étude qualitative du Nord-Pas-de-Calais en 2022 [41].

Sous l'égide de la SFLS (société française de lutte contre le sida), une plateforme d'apprentissage, gratuite, validante, en ligne a été développée par et pour les professionnels, afin de



les guider dans leur abord de la santé sexuelle, et la prescription de la PrEP dans des conditions de sécurité optimales pour l'utilisateur : FormaPrEP (durée : 4H sous forme de 4 modules d'une heure chacun) [42]. Cette formation, recommandée par l'HAS, est en libre accès (e-formation) et inscrite comme action du développement professionnel continu (DPC) (lien vers la formation : <https://www.formaprep.org/>) [7,42]. Dans notre étude, ils n'étaient que 4 médecins à s'être référés à cet outil ; nous avons pris l'initiative, pour les participants des deux phases qui souhaitaient plus d'information sur la PrEP, de leur communiquer le lien vers cette formation hors entretien.

Malgré les moyens de communication actuels, il paraît toutefois nécessaire de réfléchir à des moyens innovants d'information afin d'améliorer l'implémentation de la PrEP auprès des MG de nos territoires (visite pour promouvoir et informer sur la PrEP au cabinet, partage d'information et échanges autour des pratiques lors de réunions médecins « groupe qualité » ...)

Par ailleurs, près de 25% des praticiens pensaient que leur patientèle ne serait pas concernée ou intéressée par la PrEP. Une étude sociologique signale que les personnes sous PrEP n'osaient pas aborder le sujet avec leur MG de peur de se sentir stigmatisées et ressentaient un manque d'information de leur part [43]. Dans l'étude parisienne, 64% des médecins qui ne parlent pas de sexualité en consultation, mentionnaient qu'ils se sentiraient mal à l'aise à l'idée d'en parler [25]. Pourtant, dans une étude qualitative réalisée auprès de patients, dans la région de Languedoc-Roussillon en 2017, 81 % d'entre eux souhaitaient que leur médecin aborde les questions autour de la sexualité et 93% n'étaient pas gênés lorsque la question de leur sexualité était abordée [44]. Ces idées suggèrent que la gêne supposée des patients à évoquer ce sujet masquerait plutôt les préjugés et représentations des médecins par leurs propres croyances et stéréotypes projetés sur la relation soignant-soigné [45].

Dans notre enquête, une praticienne interrogée en phase qualitative, avait regretté ne pas avoir été mieux informée durant ses études médicales pour aborder la sexualité en consultation, cette notion n'ayant pas été soulevée dans la partie quantitative. Ce manque de sensibilisation durant les études médicales était aussi exprimé par les MG interrogés lors d'une étude qualitative réalisée en 2016 à Rennes [46].

Près de 30% des médecins que nous avons auditionnés ont pourtant souligné que la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leur patientèle serait facilitatrice pour aborder la santé sexuelle (et proposer la PrEP), notion mise en avant lors d'une étude qualitative dans le Nord-Pas-de-Calais, où faciliter le dialogue et installer un climat de confiance semblaient essentiels aux médecins interrogés [41].

Pour 18% des médecins interrogés le manque de temps en consultation et/ou la priorité à donner à d'autres motifs de consultation constituerait un frein pour le déploiement de la PrEP, tout comme l'ont exprimé près de 16% des médecins interrogés dans l'étude nationale [23]. Il est à noter que la sécurité sociale a mis en place une consultation spécifique de contraception et de prévention sexuelle (nommée CCP dans le NGAP) revalorisée et étendue depuis avril 2022 à tous les jeunes de moins de 26 ans [47]. Il serait peut-être intéressant d'évaluer sur le plan national le ressenti et les pratiques des médecins ambulatoires sur cette première consultation de prévention et d'étudier la possibilité d'étendre ce dispositif à l'ensemble de la population, indépendamment de l'âge.

Par ailleurs, ils étaient 7 médecins à mentionner spontanément qu'ils ne voyaient pas pourquoi ils prescriraient la PrEP alors qu'ils ne pouvaient pas prescrire le TPE. Le TPE est un traitement d'urgence à prendre au mieux dans les 4h au plus tard dans les 48h et est à ce jour réservé exclusivement au circuit hospitalier ou en CEGIDD avec un suivi auprès d'un infectiologue. Dans une étude sur les freins et leviers à la prise en charge du TPE en 2015 réalisée auprès de patients et de praticiens, un des leviers mentionnés était l'amélioration de son accessibilité au travers d'une prescription et d'un suivi auprès de MG [48]. Ainsi, dans une perspective plus large d'offre de prévention sexuelle, il pourrait être intéressant de proposer d'ouvrir la prescription et le suivi du TPE aux MG.

Enfin, après les freins et les leviers dépendants des médecins eux-mêmes, 25 % d'entre eux ont aussi mentionné que le tabou et la stigmatisation de l'homosexualité dans la société antillaise pouvaient être un facteur limitant pour proposer la PrEP. Dans l'étude CAPSEX-AF réalisée auprès des lycéens de Martinique et de Guadeloupe en 2017-2018, 40% d'entre eux exprimaient que l'homosexualité était une « sexualité contre nature », 28% la percevait comme une « sexualité libérée », et 22% comme « un problème psychologique ». La même étude a été comparée avec l'enquête CSF de 2006 réalisée en métropole, où il a été constaté au sein de cette enquête que l'attitude négative à propos de l'homosexualité était bien plus omniprésente aux Antilles [49]. Une autre étude complémentaire à l'étude KABP menée en 2011 rapportait une stigmatisation de l'homosexualité encore forte pour plus de la moitié des jeunes de 15-24 ans guadeloupéens [50].

Une autre dimension soulevée par près de 20% des médecins serait la difficulté du patient de parler de sexualité en consultation. D'après l'étude CAPSEX-AF, pour 62% des lycéens interrogés, la famille et les amis étaient les premiers désignés comme personnes de confiance pour évoquer des questions sur la sexualité, contrairement aux professionnels de santé qui étaient cités pour moins de 20% d'entre eux [49]. L'abord de la sexualité, bien que considéré comme capital en consultation, reste encore entravé de tabous et de jugements. Il refléterait probablement un manque de communication et d'information du grand public sur le sujet. Il semble nécessaire de faire évoluer la perception du VIH et ses moyens de prévention. Ainsi, 63% des médecins proposaient une meilleure information par une

communication collective via un support médiatique plus adapté dans ces territoires et 38% citaient les campagnes d'information de masse. Le CNS précise : « *du point de vue de l'action publique, il ne suffit pas de permettre l'accès à l'outil et d'organiser l'offre mais qu'il est nécessaire de le promouvoir activement auprès du public. Il s'agit non seulement de s'assurer que l'ensemble des personnes auxquelles il pourrait bénéficier aient connaissance de son existence, mais que leur soient donnés les moyens d'opérer un choix éclairé d'y recourir* » [13,51]. Jusqu'à présent, l'information concernant la PrEP auprès de la population est essentiellement portée par les associations comme AIDES ou autres acteurs impliqués dans la promotion de la santé sexuelle sur le « terrain » mais aucune campagne de communication de grande échelle n'a, à ce jour, été mise en œuvre que ce soit aussi bien en Martinique qu'en Guadeloupe.

## CONCLUSION

Cette étude est novatrice par son territoire étudié, c'est en effet la première étude interrogeant les médecins généralistes aux Antilles françaises sur la PrEP-VIH. La méthodologie mixte choisie a permis d'obtenir un taux de réponse satisfaisant par rapport aux autres études ayant abordé le sujet à ce jour. Bien que la Martinique et la Guadeloupe demeurent lourdement frappées par l'épidémie VIH, cette étude a mis en évidence un important retard au niveau des connaissances des praticiens sur cet outil innovant et un déploiement de cette offre préventive encore insuffisant.

Mieux former et mieux informer semble être le moteur essentiel à une plus large proposition et prescription de la PrEP par les médecins de ville. Force est de constater qu'il faudrait déconstruire les représentations et améliorer l'information non seulement auprès des médecins mais également du grand public afin d'optimiser l'implémentation de cet outil majeur de l'offre de prévention combinée et diversifiée du VIH et des autres IST. De nouvelles formes ou mode de dispensation de la PrEP-VIH devraient être prochainement disponibles (PrEP injectable avec le CABOTEGRAVIR en intramusculaire et autres molécules à longue durée d'action à venir, implants sous-cutanés, anneaux vaginaux ...) ce qui devrait permettre d'améliorer son acceptabilité et sa diffusion auprès d'une population plus large dont les personnes les plus vulnérables [52]. L'OMS a récemment publié de nouvelles lignes directrices et conseille aux pays de l'intégrer dans une approche globale de prévention du VIH et de promotion de la santé sexuelle pour atteindre l'objectif de mettre fin à l'épidémie VIH/SIDA d'ici à 2030 [52].

Cette étude a permis d'informer individuellement tous les médecins sondés de l'existence de cette prophylaxie pré-exposition. Il pourrait être intéressant d'évaluer l'impact de notre enquête sur l'évolution de leurs pratiques en matière de prescription de la PrEP-VIH et, plus largement, d'offre de prévention en santé sexuelle.

## RÉFÉRENCES

1. L'efficacité de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) du VIH est confirmée en vie réelle dès lors que l'observance au traitement est bonne - ANSM [Internet]. [cité 2022 oct 25]; Available from: <https://ansm.sante.fr/actualites/lefficacite-de-la-prophylaxie-pre-exposition-prep-du-vih-est-confirmee-en-vie-reelle-des-lors-que-lobservance-au-traitement-est-bonne>
2. Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N. Engl. J. Med.* 2015;373:2237-46.
3. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet Lond. Engl.* 2016;387:53-60.
4. 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.
5. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV-1 Prevention among Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med.* 2 août 2012;367(5):399- 410.
6. Jourdain H, de Gage SB, Desplas D, Dray-Spira R. Real-world effectiveness of pre-exposure prophylaxis in men at high risk of HIV infection in France: a nested case-control study. *Lancet Public Health* 2022;7:e529-36.
7. HAS avril 2021 réponses rapides dans le cadre de la COVID 19 : PREP [Internet]. [cité 2021 nov 29]; Available from: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/reco\\_435\\_\\_reponse\\_rapide\\_prep\\_au\\_vih\\_150421\\_cd\\_vudoc\\_am\\_pg\\_vd\\_mel\\_v0.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/reco_435__reponse_rapide_prep_au_vih_150421_cd_vudoc_am_pg_vd_mel_v0.pdf)
8. Prevention-2025-roadmap\_fr.pdf [Internet]. [cité 2023 févr 7]; Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/prevention-2025-roadmap\\_fr.pdf?fbclid=IwAR0wu7FZOTDAIHUsy0a7kuGQDBnAzFZGvhi\\_XORXvnwbiXmbZK6wt7gtWHw](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevention-2025-roadmap_fr.pdf?fbclid=IwAR0wu7FZOTDAIHUsy0a7kuGQDBnAzFZGvhi_XORXvnwbiXmbZK6wt7gtWHw)
9. Nearly a million have started taking PrEP worldwide – only a third of UNAIDS' 2020 target [Internet]. *aidsmap.com* [cité 2022 déc 19]; Available from: <https://www.aidsmap.com/news/feb-2021/nearly-million-have-started-taking-prep-worldwide-only-third-unaids-2020-target>
10. Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021–20.pdf [Internet]. [cité 2023 févr 7]; Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026\\_fr.pdf?fbclid=IwAR1WNNdV8S-XVD14URjn\\_ajp6FhnuQ6zcvig19wE7RiC\\_y509YFUViYiKKg](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_fr.pdf?fbclid=IwAR1WNNdV8S-XVD14URjn_ajp6FhnuQ6zcvig19wE7RiC_y509YFUViYiKKg)

11. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2022. [Internet]. [cité 2022 déc 19];Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2022>
12. EPIPHARE 2022 [Internet]. EPI-PHARE2022 [cité 2022 déc 19];Available from: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/suivi-utilisation-prep-vih-2022/>
13. Celse M (CNS). CNS - Avis sur la place de la PrEP dans la prévention du VIH en France : changer de paradigme, changer d'échelle. :36.
14. SPF. Bulletin de santé publique VIH/sida. Octobre 2019. [Internet]. [cité 2022 déc 19];Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-sida.-octobre-2019>
15. Bressy J. Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises [Internet]. Cons. Natl. Sida Hépat. Virales2018 [cité 2022 déc 19];Availae from: <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-outr-mer-2018/bl>
16. SPF. Bulletin de santé publique VIH et IST en Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy. Novembre 2022. [Internet]. [cité 2022 déc 19];Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2022/bulletin-de-sante-publique-vih-et-ist-en-guadeloupe-saint-martin-saint-barthelemy.-novembre-2022>
17. SPF. Bulletin de santé publique VIH et IST en Martinique. Novembre 2022. [Internet]. [cité 2022 déc 19];Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2022/bulletin-de-sante-publique-vih-et-ist-en-martinique.-novembre-2022>
18. Creswell JW, Clark VLP. Designing and Conducting Mixed Methods Research. SAGE Publications; 2011.
19. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Rech. Qual. 2006;26:110-38.
20. Denzin NK, Lincoln YS. The SAGE Handbook of Qualitative Research. SAGE; 2011.
21. CartoSanté [Internet]. [cité 2023 févr 1];Available from: <https://cartosante.atlasante.fr/#c=home>
22. Riner B, Bussy A, Hélène-Pelage J, Moueza N, Lamy S, Carrère P. "No generics, Doctor!" The perspective of general practitioners in two French regions. BMC Health Serv. Res. 2017;17:707.
23. Chiarabini T, Lacombe K, Valin N. Prophylaxie préexposition au VIH (PrEP) en médecine générale : existe-t-il des freins ? Santé Publique 2021;33:101-12.

24. Lane W, Heal C, Banks J. 2 HIV pre-exposure prophylaxis: Knowledge and attitudes among general practitioners. *Aust. J. Gen. Pract.* 2019;48:722-7.
25. Zeggagh J, Brun A, Siguier M, Molina JM. Knowledge and practices of Parisian family physicians for the management of men who have sex with men in the era of HIV pre-exposure prophylaxis. *Med. Mal. Infect.* 2020;50:597-605.
26. Paris sans sida [Internet]. Paris Sida [cité 2023 févr 5];Available from: <https://www.parissanssida.fr>
27. Bec-Verch V. Thèse La prophylaxie pré-exposition au VIH et le médecin généraliste: pratique actuelle en Région PACA et facteurs limitant sa prescription 2020. 2020;
28. Bally N. Thèse Connaissances et représentations à propos de la prophylaxie pré exposition au VIH (PrEP) chez les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône 2021. 2020;
29. Truvada\_annexe\_rtu\_has\_maj\_2016.pdf [Internet]. [cité 2023 févr 5];Available from: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/truvada\\_annexe\\_rtu\\_has\\_maj\\_2016.pdf?fbclid=IwAR0bN64Y1V-ByGyDmlH\\_KR2LSZVyjXgEI2YJrNMJgAZeZ\\_ROacZMC4cjllA](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/truvada_annexe_rtu_has_maj_2016.pdf?fbclid=IwAR0bN64Y1V-ByGyDmlH_KR2LSZVyjXgEI2YJrNMJgAZeZ_ROacZMC4cjllA)
30. Patrick S, Sullivan, Smith DK, Mera-Giler R, Siddiqi A-A, Gunnels B, Harris N, et al. The impact of pre-exposure prophylaxis with TDF/FTC on HIV diagnoses, 2012-2016, United States. In: 22e Conférence internationale sur le SIDA. Amsterdam; 2018.
31. Grulich AE, Guy R, Amin J, Jin F, Selvey C, Holden J, et al. Populationlevel effectiveness of rapid, targeted, high-coverage roll-out of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men: the EPIC-NSW prospective cohort study. *Lancet HIV* 2018;5:e629–37.
32. Bertrand R. Thèse La Prophylaxie pré-exposition: étude qualitative de la représentation des médecins généralistes des Alpes-Maritimes à propos de la PrEP 2020.
33. Storholm ED, Volk JE, Marcus JL, Silverberg MJ, Satre DD. Risk Perception, Sexual Behaviors, and PrEP Adherence Among Substance-Using Men Who Have Sex with Men: a Qualitative Study. *Prev Sci.* 2017 Aug;18(6):737-747. doi: 10.1007/s11121-017-0799-8. PMID: 28578516; PMCID: PMC5558785.
34. Indéfectable = non transmissible [Internet]. [cité 2023 janv 27];Available from: <https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmissible>
35. Blackstock OJ, Moore BA, Berkenblit GV, Calabrese SK, Cunningham CO, Fiellin DA, Patel VV, Phillips KA, Tetrault JM, Shah M, Edelman EJ. A Cross-Sectional Online Survey of HIV Pre-Exposure Prophylaxis Adoption Among Primary Care Physicians. *J Gen Intern Med.* 2017 Jan;32(1):62-70. doi: 10.1007/s11606-016-3903-z. Epub 2016 Oct 24. PMID: 27778215; PMCID: PMC5215171.

36. Guyonvarch O, Vaillant L, Hanslik T, Blanchon T, Rouveix E, Supervie V. Prévenir le VIH par la PrEP : enjeux et perspectives. Rev. Médecine Interne 2021;42:275-80.
37. S'informer [Internet]. [cité 2023 févr 7];Available from: [http://prevenir.anrs.fr/s-informer?fbclid=IwAR1hwgJZhdj0Wlr9buPmR5\\_SeLU3Apem6n1Reyq0O7nDmrXRc3RFsZ14JcA](http://prevenir.anrs.fr/s-informer?fbclid=IwAR1hwgJZhdj0Wlr9buPmR5_SeLU3Apem6n1Reyq0O7nDmrXRc3RFsZ14JcA)
38. Est-ce que la PrEP est justifiée? [Internet]. PrEP Eur. [cité 2023 févr 7];Available from: <https://www.prepineurope.org/fr/pourquoi-la-prep/est-ce-que-la-prep-est-justifiee/>
39. Mayer KH, Agwu A, Malebranche D. 1 Barriers to the Wider Use of Pre-exposure Prophylaxis in the United States: A Narrative Review. Adv. Ther. 2020;37:1778-811.
40. Pleuhs B, Quinn KG, Walsh JL, Petroll AE, John SA. Health Care Provider Barriers to HIV Pre-Exposure Prophylaxis in the United States: A Systematic Review. AIDS Patient Care STDS. 2020 Mar;34(3):111-123. doi: 10.1089/apc.2019.0189. Epub 2020 Feb 28. PMID: 32109141; PMCID: PMC7087402.
41. Caroline L. Prophylaxie Pré-Exposition au VIH (PrEP) : Ressentis des médecins généralistes des Hauts de France suite à l'extension de la primo-prescription à tous les médecins [Thèse]. [Lille]; 2022.
42. FormaPrEP - Plateforme d'apprentissage en ligne FormaPrEP [Internet]. [cité 2023 févr 7];Available from: <https://www.formaprep.org/?fbclid=IwAR0hHvutNtXCXuFUTWxLuvFYQTQWZDqVT305BJbWt5MKIsN9L9RnjtXUdeE>
43. Ahmed M, Avron L, Blanchard L, Bussi C, Czuppon C, Daoud M, et al. Normalisation de la PrEP, confiance et moralisme. 2017.
44. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. Sexologies 2017;26:136-45.
45. Dyer K, das Nair R. Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. J Sex Med. 1 nov 2013;10(11):2658-70.
46. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale : Etude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et Vilaine [Thèse]. [Rennes]: Bretagne Loire; 2016.
47. Contraception et consultation gratuite pour les moins de 26 ans : mode d'emploi. <https://www.ameli.fr/assure/actualites/contraception-et-consultation-gratuite-pour-les-moinsde-26-ans-mode-d-emploi>



48. Charpentier N, Quatremère G, Mabire X, Roduit S, Laguette V, Spittler D, et al. Freins et leviers du TPE : Freins et leviers de la prise en charge du traitement post-exposition au VIH. Santé Publique 2016;28:791-9.
49. Pierre Leroy. Connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé affective et sexuelle chez les adolescents scolarisés en classe de Seconde aux Antilles françaises : protocole et premiers résultats. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01980867
50. ORSAG\_KABP\_Jeunes\_DT20152.pdf [Internet]. [cité 2023 févr 7];Available from: [https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2018/02/ORSAG\\_KABP\\_Jeunes\\_DT20152.pdf?fbclid=IwAR3gn-hdm8eBTdBm9XC2YNgjkFVknPxm1eaZMifjXw45elohgpQdHrfFOYg](https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2018/02/ORSAG_KABP_Jeunes_DT20152.pdf?fbclid=IwAR3gn-hdm8eBTdBm9XC2YNgjkFVknPxm1eaZMifjXw45elohgpQdHrfFOYg)
51. Stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030 [Internet]. Réseau Régional D'appui À Prév. À Promot. Santé [cité 2023 févr 5];Available from: <https://rrapps-bfc.org/node/1854>
52. L'OMS recommande le cabotégravir à longue durée d'action pour la prévention du VIH [Internet]. [cité 2023 févr 15];Available from: <https://www.who.int/fr/news/item/28-07-2022-who-recommends-long-acting-cabotegravir-for-hiv-prevention>

## Annexe 1 : Guide d'entretien utilisé en phase qualitative (première version)

<b>Connaissances</b> « Avez vous déjà entendu parler de la PrEP VIH ? »		
→ <i>Si connaissances</i> « Que savez-vous de la PrEP VIH ? » <i>On relance vers aspects positifs et négatifs</i>	→ <i>Si aucune connaissance</i> « Il s'agit d'un traitement antirétroviral préventif pris avant des expositions potentiellement à risque pour réduire le risque d'infection par le VIH »	→ <i>Si confusion</i> « Excusez-moi de vous interrompre, je crois que je me suis mal fait comprendre. Il s'agit d'un traitement antirétroviral préventif pris avant des expositions potentiellement à risque pour réduire le risque d'infection par le VIH »
<b>Expérience</b> « Avez-vous déjà prescrit la PrEP ? »		
→ <i>Si oui</i> « Pour qui ? Comment ? »	→ <i>Si non</i> « Pourquoi ? »	« Que pensez-vous d'un tel traitement ? » <i>On relance vers aspects positifs et négatifs</i>
<b>Population clé</b> « Pensez-vous que certains de vos patients pourraient bénéficier ou être intéressés par la PrEP ? »		
→ <i>Si oui</i> « Lesquels ? »	→ <i>Si non</i> « Pourquoi ? »	
<b>Opinion</b> « Quelle est votre opinion personnelle à ce sujet ? »		
« A ce jour, on observe une sous-utilisation de la PrEP VIH de -40% dans les régions ultra-marines comparativement à la France hexagonale, qui s'avère aggravée par la crise sanitaire COVID-19 et en dépit d'une très forte prévalence du VIH aux Antilles. Quels sont les freins à cette sous-utilisation selon vous ? » <i>On relance vers versant usager, médecin et système</i>		
« Quelles améliorations proposeriez-vous ? » <i>On relance vers versant usager, médecin et système</i>		

## Annexe 2 : Guide d'entretien utilisé en phase qualitative (dernière version)

<b>Connaissances</b> « Avez vous déjà entendu parler de la PrEP VIH ? »		
→ <i>Si connaissances</i> « Que savez-vous de la PrEP VIH ? » <i>On relance vers aspects positifs et négatifs</i>	→ <i>Si aucune connaissance</i> « Il s'agit d'un traitement antirétroviral préventif pris avant des expositions potentiellement à risque pour réduire le risque d'infection par le VIH »	→ <i>Si confusion</i> « Excusez-moi de vous interrompre, je crois que je me suis mal fait comprendre. Il s'agit d'un traitement antirétroviral préventif pris avant des expositions potentiellement à risque pour réduire le risque d'infection par le VIH »
<b>Expérience</b> « Avez-vous déjà prescrit la PrEP ? »		
→ <i>Si oui</i> , « Pour qui ? Comment ? »	→ <i>Si non</i> « Pourquoi ? »	« Que pensez-vous d'un tel traitement ? » <i>On relance vers aspects positifs et négatifs</i>
<b>Population clé</b> « Pensez-vous que certains de vos patients pourraient bénéficier ou être intéressés par la PrEP ? »		
→ <i>Si oui</i> « Lesquels ? »	→ <i>Si non</i> « Pourquoi ? »	
« Pensez-vous à un profil de patient en particulier ? »		
<b>Opinion</b> « Quelle est votre opinion personnelle à propos de la PrEP VIH ? »		
« Lors de vos consultations, comment abordez-vous les questions en rapport avec la sexualité ? »		
« Selon vous, quelle est la place du médecin généraliste dans la prévention des risques liés à la sexualité ? »		
« A ce jour, il y a une sous-utilisation de la PrEP VIH dans les DOM-TOM comparativement à la France hexagonale, en dépit d'une très forte prévalence du VIH aux Antilles. Quels seraient les freins à cette sous-utilisation selon vous ? » <i>On relance vers versant usager, médecin et système</i>		
« Quelles améliorations pourrait-on proposer ? » <i>On relance vers versant usager, médecin et système</i>		
« Durant la crise sanitaire COVID-19, on a observé une chute de près de 40% des prescriptions de PrEP VIH. Quels auraient été les facteurs aggravant ? » <i>On relance vers versant usager, médecin et système</i>		
« Quelles améliorations pourrait-on proposer ? » <i>On relance vers versant usager, médecin et système</i>		
« Depuis le 1er juin 2021, tout médecin est autorisé à initier la PrEP VIH. Cette décision s'appuie sur la recommandation de la Haute Autorité de Santé. Qu'en pensez-vous ? » <i>On relance vers les apports bénéfiques et les inconvénients de la recommandation</i>		

### Annexe 3 : Questionnaire utilisé en phase quantitative

<b>1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? (fermée)</b> Moins de 35 ans/35-44/45-54/55-64/65 ans ou plus	
<b>2. Connaissez-vous la PrEP VIH ? (fermée)</b>	
<i>Connaissances : un peu ou bien</i>	<i>Connaissances : aucune ou NSP</i>
<b>3. Sans juger de ses avantages et ses inconvénients, que savez-vous de la PrEP VIH ? (ouverte)</b>	<b>3-4-5-6. Il s'agit d'un traitement antirétroviral préventif pris avant des expositions potentiellement à risque pour réduire le risque d'infection par le VIH.</b>  <b>Compte tenu de ces informations, quels patients pourraient en bénéficier ? (ouverte)</b>
<b>4. Par quel moyen avez-vous entendu parler de la PrEP VIH ? (ouverte)</b>	
<b>5. Il s'agit d'un traitement antirétroviral préventif pris avant des expositions potentiellement à risque pour réduire le risque d'infection par le VIH.</b>  <b>Compte tenu de ces informations, quels patients pourraient en bénéficier ? (ouverte)</b>	
<b>6. Sans apporter de justifications, ni de jugements, avez-vous déjà prescrit ou renouvelé la PrEP VIH ? (fermée)</b>	
<i>Expérience : oui</i>	
<b>7. En consultation, dans quelles circonstances avez-vous proposé la PrEP ? (ouverte)</b>	<b>7 bis. En consultation, dans quelles circonstances parleriez-vous de la PrEP avec le patient ? (ouverte)</b>
<b>8 Selon vous, quels seraient les avantages de la PrEP ? (ouverte)</b>	
<b>9 A votre avis, quels seraient les inconvénients de la PrEP ? (ouverte)</b>	
<b>10 Selon vous, quels seraient les obstacles à la prescription de PrEP aux Antilles ? (ouverte)</b> société/médecin/patient/médicament	
<b>11 A votre avis, par quels moyens pourrait-on faciliter la prescription de PrEP aux Antilles ? (ouverte)</b> société/médecin/patient/médicament	

#### Annexe 4 : Caractéristiques des participants

	(n=172)	%
<i>Territoire</i>		
Guadeloupe	89	51,7
- Nord Basse-Terre	17	19,1*
- Grand Sud Caraïbe	12	13,5*
- Nord Grande-Terre	9	10,1*
- Petit cul de sac marin	51	57,3*
Martinique	83	48,3
- CACEM	40	48,2*
- Cap Nord	19	22,9*
- CAESM	24	28,9*
<i>Age, ans</i>		
< 35	14	8,1
35 à 44	31	18
45 à 54	33	19,2
55 à 64	54	31,4
≥ 65	40	23,3
<i>Genre</i>		
Femme	73	42,4
Homme	99	57,6
* Les pourcentages sont calculés spécifiquement pour chaque territoire concerné		

## Annexe 5 : Connaissances autour de la PrEP-VIH

<i>Proportion des participants connaissant la PrEP-VIH</i>	(n=172)	%
Non, pas du tout	95	55,3
Oui, un peu	68	39,4
Oui, bien	9	5,3
<i>Les moyens et sources d'information</i>		
	(n'=77)	%
Presse médicale	28	36,4
Echanges entre consœurs et confrères	10	13
Patient, consultant, usager	10	13
Infectiologues, hôpital	8	10,4
Faculté, internat	6	7,8
URML, URPS	6	7,8
Sécurité sociale, assurance maladie, ARS	6	7,8
Télévision	4	5,2
FormaPrEP, E-learning	4	5,2
Famille, amis, entourage HSH	4	5,2
<i>Définition spontanée</i>		
	(n'=77)	%
Traitement pré-exposition	54	70,1
Limiter le risque d'infection VIH	26	33,8
Antirétroviral/Truvada	25	32,5
Traitement post-exposition (confusion)	15	19,5
<i>Modalités de prescription</i>		
	(n'=77)	%
Recommandation concernant la primoprescription	25	32,5
Schéma continu	20	26
Renouvellement par le médecin généraliste	19	24,7
Prise 2h avant le risque	10	13
Schéma discontinu	9	11,7
Sur ordonnance	8	10,4
Médicament remboursé	6	7,8
Dépistage initial des IST (dont VIH)	6	7,8
Suivi de la fonction rénale	6	7,8

## Annexe 5 : Connaissances autour de la PrEP-VIH (suite)

<i>Populations clés</i>	(n=172)	%
Comportements sexuels à risque	111	64,5
Mésusage du préservatif	47	27,3
HSH	44	25,6
Partenaire VIH ou de sérologie inconnue	42	24,4
Multipartenariat	39	22,7
Jeune	30	17,4
Tout le monde	25	14,5
Usagers de drogue, chemsex	18	10,5
Rapports occasionnels	18	10,5
Travailleurs du sexe	13	7,6
Patient séronégatif VIH	8	4,7
n = ensemble des médecins participant à l'étude		
n' = ensemble des médecins connaissant la PrEP-VIH		

## Annexe 6 : Pratiques et attitudes en matière de PrEP-VIH

	(n=172)	%
<i>Avez-vous déjà prescrit ou renouvelé la PrEP-VIH ?</i>		
Oui	21	12,2
<i>Dans quelles circonstances parlerez-vous de la PrEP-VIH avec le patient ?</i>		
Quelque soit le motif avec un patient à risque	86	50
A la demande du patient	63	36,6
Lors de l'abord de la santé sexuelle en consultation	43	25
Je n'en parlerai pas	19	11

## Annexe 7 : Opinions et attitudes à propos du traitement PrEP-VIH

	(n=172)	%
<i>Les bénéfices de la PrEP</i>		
Eviter de s'infecter par le VIH	99	57,6
Eviter la propagation du VIH	47	27,3
Permettre plus de libertés	29	16,9
Droit aux relations sans préservatifs	25	14,5
Ne plus avoir peur de la maladie	16	9,3
Pour les couples sérodifférents (procréation)	15	8,7
Eviter un traitement à vie	13	7,6
Adaptée aux événements festifs ponctuels	10	5,8
Plus de plaisir durant les rapports	8	4,7
Responsabiliser/sensibiliser	7	4,1
Avoir plus de partenaires sexuels	7	4,1
Protection supplémentaire	7	4,1
<i>Les risques liés à la PrEP</i>		
Relâchement des précautions	76	44,2
Effets indésirables du médicament	65	37,8
Augmentation des autres IST et leurs complications	49	28,5
Observance, suivi et surveillance difficiles	49	28,5
Toute puissance face à la maladie	31	18
Multipartenariat, pratiques libertines	27	15,7
Médicament coûteux	27	15,7
Mauvaise image de la relation de couple	15	8,7
Manque d'efficacité	7	4,1



## Annexe 8 : Opinions et attitudes concernant la prescription de la PrEP-VIH

	(n=172)	%
<b>Les freins à la prescription de la PrEP</b>		
<i>Concernant le médecin</i>		
Manque de connaissances	52	30,2
Patientèle peu concernée	42	24,4
Manque de formations et d'informations	39	22,7
Convictions personnelles sur les moyens de prévention	32	18,6
Manque de temps et priorité à d'autres motifs de consultation	31	18
Ancienneté et expérience du prescripteur	20	11,6
Généraliser le TPE plutôt que la PrEP	7	4,1
<i>Concernant le patient et la société</i>		
Tabou de l'homosexualité, homophobie/transphobie	43	25
Manque d'information	39	22,7
Tabou de la sexualité en consultation	34	19,8
Désintérêt pour la prévention primaire	29	16,9
Rejet de la molécule	27	15,7
Peur du "qu'en dira-t-on"	25	14,5
Vie d'insulaire	16	9,3
Déni de la maladie	15	8,7
Dimension magico-religieuse	11	6,4

## Annexe 9 : Opinions et attitudes concernant la prescription de la PrEP-VIH

	(n=172)	%
<b>Les leviers à la prescription de la PrEP</b>		
<i>Concernant le médecin</i>		
Meilleure information et formation	116	67,4
. Par les associations de médecins, URML	30	17,4
. Par les infectiologues	30	17,4
. Par la sécurité sociale, assurance maladie, ARS	30	17,4
. Par l'agence nationale du DPC	27	15,7
. Via l'affichage, brochures, prospectus, enveloppes	25	14,5
. Via les congrès	20	11,6
. Via des visioconférences	18	10,5
. Via les démarches "aller-vers" par les visiteurs médicaux	16	9,3
. Via les mails	16	9,3
. Via les DU, cours, stages, doctorants par la faculté	16	9,3
. Par la presse médicale	11	6,4
Mettre à profit la relation de confiance médecin-patient	37	21,5
Place du MG prépondérante dans la prévention	15	8,7
Accès facilité du MG	11	6,4
Disposer de plus de temps en consultation	9	5,2
<i>Concernant le patient et la société</i>		
Meilleure information du patient/de la société	109	63,4
. Via les spots publicitaires, télévision et radio	76	44,2
. Via les campagnes d'information de masse	66	38,4
. Via les affiches, documentation dans la salle d'attente	35	20,3
. Via l'abord de santé sexuelle réalisée par le MG	28	16,3
. Via les réseaux sociaux	23	13,4
. Via les écoles et lycées par le ministère de l'éducation	21	12,2
. Par les CEGIDD	13	7,6
Disponibilité du traitement sans ordonnance en pharmacie	14	8,1
Faire évoluer la perception du VIH et des autres IST	11	6,4

## **CONTRIBUTIONS DES AUTEURS**

Léa Kock et Loïc Wiart ont contribué de manière équivalente. Ils ont participé à la recherche bibliographique et à l'élaboration du protocole de l'étude. Ils ont procédé au recueil de données en phases qualitative et quantitative. Chacun d'eux a procédé à l'analyse de l'intégralité des données de la phase qualitative. Ils ont corédigé le manuscrit.

Directrice de leur thèse, Isabelle Lamaury a participé à la recherche bibliographique et corédigé le manuscrit.

Directeur de leur thèse, Philippe Carrère a participé à rédiger le protocole de l'étude et analysé les données des deux phases.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et la probité qui la régissent.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état et leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.*

*Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.*

*Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances sans acharnement.*

*Je ne provoquerai jamais la mort délibérément*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.*

*Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.*

*Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.*

**UNIVERSITÉ DES ANTILLES  
FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD**

**DEMANDE D'IMPRIMATUR**

**THÈSE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
(MÉDECINE GÉNÉRALE)**

**Présentée par, Mme KOCK Léa**

**Né(e) le 18 février 1994 à Le Plessis-Bouchard**

**Département 95 (VAL-D'OISE) Pays France**


**Et intitulée** “Connaissances, attitudes et pratiques en matière de PrEP-VIH parmi les médecins généralistes exerçant en ambulatoire aux Antilles françaises : une étude qualitative et quantitative.”

**Jury proposé**

**Président :** Mme la Professeure HELENE-PELAGE

**Juges :** M le Professeur CABIE

M le Professeur CHERET

<p><b>Vu, le 23/02/23</b></p> <p style="text-align:center"><b>La Présidente de Thèse</b></p> <div style="text-align:center"></div> <p style="text-align:center"><b>Pr HELENE-PELAGE</b></p>	<p><b>Pour accord, le</b> .....</p> <p style="text-align:center"><b>Le Doyen de l'UFR Santé</b></p> <p style="text-align:center"><b>Pr Suzy DUFLO</b></p>
<p><b>AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THÈSE</b></p> <p>Pointe-À-Pitre, le .....</p> <p style="text-align:center"><b>Le Président de l'Université des Antilles</b></p> <p style="text-align:center"><b>Pr Michel GEOFFROY</b></p>	

**UNIVERSITÉ DES ANTILLES  
FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD**

**DEMANDE D'IMPRIMATUR**

**THESE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(MEDECINE GENERALE)**

**Présentée par, M. WIART Loïc**

**Né(e) le 05 janvier 1993 à Nîmes**

**Département 30 (Nîmes) Pays France**


**Et intitulée** “Connaissances, attitudes et pratiques en matière de PrEP-VIH parmi les médecins généralistes exerçant en ambulatoire aux Antilles françaises : une étude qualitative et quantitative.”

**Jury proposé**

**Président :** Mme la Professeure HELENE-PELAGE

**Juges :** M le Professeur CABIE

M le Professeur CHERET

<p><b>Vu, le 23/02/23</b></p> <p style="text-align: center;"><b>La Présidente de Thèse</b></p> <div style="text-align: center;"></div> <p style="text-align: center;"><b>Pr HELENE-PELAGE</b></p>	<p><b>Pour accord, le</b> .....</p> <p style="text-align: center;"><b>Le Doyen de l'UFR Santé</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Pr Suzy DUFLO</b></p>
<p><b>AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THÈSE</b></p> <p>Pointe-À-Pitre, le .....</p> <p style="text-align: center;"><b>Le Président de l'Université des Antilles</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Pr Michel GEOFFROY</b></p>	

**NOMS ET PRENOMS :** KOCK Léa & WIART Loïc

**Sujet de la thèse :** Connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes exerçant aux Antilles Françaises en matière de PrEP-VIH : une étude qualitative et quantitative

**Thèse :** Médecine générale - Université des Antilles Année 2023

**Numéro d'identification :**

**MOTS-CLES :** Pre-Exposure Prophylaxis, HIV Infections, General Practitioners, Caribbean, France

---

**INTRODUCTION :**

Il est observé une sous-utilisation de la PrEP-VIH aux Antilles françaises comparativement à la France hexagonale, alors même que ces territoires sont durement touchés par l'épidémie du VIH. Depuis juin 2021, tout médecin peut primo-prescrire cet outil et la maîtrise de sa prescription par les médecins généralistes pourrait dépendre de leurs connaissances, leurs croyances, leurs attentes de résultats et leurs normes sociales. Explorer les connaissances, attitudes et pratiques qui détermineraient les freins et les leviers à la prescription de la PrEP-VIH auprès des médecins généralistes ambulatoires des Antilles françaises.

**METHODE :**

Étude observationnelle transversale à visée descriptive, menée en Martinique et en Guadeloupe (février 2022 - juillet 2022) faisant appel à une méthode mixte. La première phase qualitative portait sur une population diversifiée de 16 praticiens interrogés lors d'entretiens semi-structurés. La seconde phase quantitative portait sur 172 praticiens soumis à un questionnaire téléphonique ouvert constitué à partir des résultats de la première phase.

**RESULTATS :**

Le taux de réponse global était de 41,5% sur l'ensemble des 414 médecins éligibles. 55% des auditionnés ne connaissaient pas la PrEP-VIH. Ils étaient 12% à l'avoir déjà primo-prescrit ou renouvelé. La population principale concernée serait celle ayant des comportements sexuels à haut risque pour 64% des participants. Les intérêts reconnus étaient d'éviter de s'infecter par le VIH (57,6%) et de permettre à l'utilisateur d'être plus libre dans sa sexualité (16,9%). Les inconvénients cités étaient le relâchement des précautions (44,2%) et les éventuels effets indésirables du médicament (37,8%). Les freins à la prescription de la PrEP-VIH étaient le manque de connaissances du médecin (30,2%), le tabou de la société à propos de l'homosexualité (25%) et la difficulté du patient à aborder la sexualité en consultation (19,8%). Une meilleure information à destination des prescripteurs (67,4%) et de l'utilisateur potentiel (63,4%) était mentionnée comme levier à la prescription de la PrEP-VIH.

**DISCUSSION :**

Il semble nécessaire d'optimiser l'implémentation de cet outil majeur dans l'offre de prévention combinée et diversifiée, en améliorant l'information auprès des médecins et du grand public de ces territoires.

---

**JURY :** Président : Professeure HELENE-PELAGE

Juges : Professeur CABIE  
: Professeur CHERET

Directeurs : Docteur LAMAURY  
: Docteur CARRERE

---

**ADRESSE DES CANDIDATS :**

Résidence Altessa, Allée Mangot Cassé Cou, quartier La Cherry 97223 LE DIAMANT