

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

N° 2019-196

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Alexandra SALAÛN

née le 19 décembre 1990 à Schiltigheim

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2019

**Qualité de vie, prises de risque et satisfaction des usagers de PrEP au CHU
de Nantes**

Etude quantitative par auto-questionnaires de janvier 2017 à avril 2018

Président : Monsieur le Professeur François RAFFI

Directeur de thèse : Madame le Docteur Bénédicte BONNET

Membres du jury : Monsieur le Professeur Laurent Brutus

Madame le Professeur FERRÉ Virginie

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur François Raffi,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury, merci pour votre disponibilité, soyez assuré de tout mon respect et de ma profonde estime.

À Madame le Docteur Bénédicte Bonnet,
Merci de m'avoir accompagné tout au long de cette thèse. Votre expertise et votre humanité m'ont beaucoup enrichi durant ce projet. Trouvez ici l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Laurent Brutus,
Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, merci de l'intérêt que vous portez à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur Virginie Ferré,
Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury, je vous remercie de l'attention que vous portez à mon travail. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

À ma famille,

À ma mère, merci de toujours vouloir m'aider même quand il n'y a absolument rien que tu puisses faire. Merci de deviner dès mon bonjour si je ne vais pas bien. L'amour déborde de toi et ça fait du bien.

À mon père, merci de m'avoir appris à vivre la vie de façon sereine et confiante, à dédramatiser les problèmes, avec toi il y a toujours une solution. Merci aussi de m'avoir montré qu'il faut s'amuser avant tout et qu'un bon repas finit par un verre de digestif.

À Carlita, j'ai appris la vie avec toi, nous sommes si semblables et si différentes en même temps. Merci pour ton amour, pour nos disputes et surtout pour nos après-midi de jeux à embêter les chats. C'est avec toi que je me suis le plus marré.

À Tatie Véro, Tonton JP et cousine Claudia, les vacances d'été avec vous sont des trésors de mon enfance. Tant de souvenirs qu'on est capable d'en rigoler pendant des heures. Désolée d'avoir boudé en randonnée et d'avoir dormi dans le petit train.

À Mamée, merci d'être à l'origine de cette magnifique famille. Merci à toi et à Papé pour ces étés passés au Coteau à se cacher dans les hortensias.

A mes oncles, tantes et cousins si nombreux et tous plus chouettes les uns que les autres.

A Mimine que j'aurais adoré rendre fière.

A Biscotte, ma co-thésarde.

A mes amis/amours mais au fond c'est la même chose, dans l'ordre alphabétique inversé,

À Wallace, mon mur porteur. Merci de te charger de la sélection de la bande son de ma vie. Merci de m'avoir soutenue dans cette dernière ligne droite des études. Je t'admire pour tant de raisons. Des vinyles, des raviolis au truffes et des chats c'est tout ce qu'il nous faut pour être heureux.

À Valentin, il faudrait toujours t'avoir à côté pour commenter la vie, elle paraîtrait moins difficile parfois. Que du bonheur de partir en voyage avec toi et de faire la fête jusqu'à plus soif.

À Thibaud, mon amour platonique. J'ai tant aimé dormir près de toi à Mayotte, tu me rassures et pardonnes mes bêtises. Merci pour tout.

À Tantris, mon jumeau, j'aimerais te voir plus.

À Sylvain, je ne sais pas si tu liras ça un jour, merci de m'avoir soutenue pendant ces années difficiles d'internat. On a passé des supers moments tous les deux.

À Sophie, merci d'apporter de la douceur au groupe la journée et du grand n'importe quoi la nuit. Merci de te charger de dessiner sur des carnets et sur nos corps. Beaucoup d'amour entre nous.

À Pierre Chon, c'est tellement sympa comme activité qu'on pierrehonne tous maintenant.

À Delphine, merci de m'aider à comprendre les choses qui me perturbent. Merci de savoir dire ce que je n'arrive pas à dire. Désolée de t'avoir empêché de dormir et de m'être moquée de toi. Je t'adore.

À Oriane, ça y'est je ne peux plus me passer de toi. Merci de me suivre parfois jusqu'au petit matin et d'être toujours là pour débriefer la vie.

À Nicus, ton enthousiasme et ta vivacité d'esprit sont inégalables. Merci d'être mon ami, merci pour tes cascades dignes d'un professionnel en soirée.

À Marc, avec toi la P1 c'était de la rigolade. Je me rappelle de nos révisions Mario Kart et Death Note. Mais comment on l'a eu déjà ? Merci pour tout.

À Léo, je ne sais pas si tu sais que sans toi ma vie aurait été complètement différente. Toutes les personnes importantes dans ma vie je les ai rencontrées grâce à toi. Je me suis toujours sentie honorée d'être ton amie. Merci d'avoir rendu ma vie électrique.

À Justine, en peu de temps tu es devenu incontournable dans ma vie, tu m'apportes fraîcheur, sagesse et bons petits plats. Mais non ne t'inquiète pas, je ne t'oublierai pas.

À Jarny, ta folie nous emporte tous au passage. Avec toi c'est l'amour, toujours l'amour. Merci de ton amitié dont je ne pourrais plus me passer.

À Irina et Clothilde, que j'adore et que je vais venir voir à Marseille tout le temps.

À Gauthier, je t'aimais bien au collège sauf quand tu renversais les jeux de cartes par terre sans t'excuser. Puis une petite pause au lycée pour finalement se retrouver à la faculté de médecine et se rendre compte que on était bien copains en fait. Trop bien que tu sois dans ma vie.

À Cloé, on a tout de suite compris qu'on était sur la même longueur d'onde, tant de choses en commun dès la première rencontre. Je t'ai vue évoluer et te voir heureuse me donne trop de bonheur.

À Claire, j'ose même pas imaginer comment j'aurais survécu aux aléas de la vie sans toi. Tu es solaire, tu me donnes plus d'énergie que n'importe qui ou quoi. Ne sors jamais de ma vie.

À Chenal, c'est toi qui auras partagé le plus mon quotidien. Tu es devenu quasi vital à ma survie. D'ailleurs tu es en voyage au moment où j'écris et tu laisses un vide. Reviens vite mettre de la harissa dans ma vie.

À Clément, Sergio, ça c'est mamen ! Trop de bons souvenirs depuis si longtemps, merci d'imiter aussi bien Joe Claussel. Voir ta tête débarquer quelque part me remplit toujours de joie.

À Billy, c'est pas possible que tu partes si loin. Ton absence va se ressentir tous les jours. 2016, c'était notre année (2017 je veux même pas en parler). 2018 et 2019 à Lille sont impérissables dans mon cœur.

À Adèle, c'était si bien de vivre en colocation avec toi. On en aura passé des heures sur cette immense table en bois recouverte de livres. Merci pour les tisanes et ton amitié.

À la bande du 85/44 : Marie, Sicard, Léna, Koto, Loulou, Arnoux, Jules, Nono, Nonoch, Fab, BS, Bernicard

Aux Vertaviens, Bastide et Céline.

Aux inclassables Alois, Antoine S., Silvan

À mes co-internes de Saint Nazaire Oussama, Marie, Manon, Antoine, Benjamin et tous les autres.

À mes copains de Lille Martin, Camille, Hedi, Alix, Lucas et toute la bande.

Aux copains de l'îlot-bar, merci pour tous ces bons moments.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	8
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	10
PREAMBULE.....	11
PARTIE I : INTRODUCTION.....	12
1. Enjeux sanitaires liés au VIH.....	12
1.1 Epidémiologie du VIH dans le monde.....	12
1.2 Epidémiologie du VIH en France.....	13
1.3 Préservatif et « barebacking ».....	14
1.4 Chemsex.....	15
1.4.1 Les débuts du chemsex.....	16
1.4.2 Effets attendus des produits.....	17
1.4.3 Risques liés au chemsex.....	18
2. La PrEP.....	19
2.1 Utilisation des antirétroviraux en préventif.....	19
2.2 Histoire de l'AMM.....	19
2.3 Les premiers essais.....	20
2.4 Indication de la PrEP.....	21
2.5 Prescription de la PrEP.....	22
2.6 Schéma de prise.....	22
2.7 Toxicité.....	23
2.8 Suivi.....	24
3. L'unité CeRRISe du CHU de Nantes.....	25
3.1 Présentation de l'unité.....	25
3.2 La communication Brève relative à la Sexualité (CBS).....	26
3.2.1 Définition de la santé sexuelle et de la sexualité selon l'OMS.....	26
3.2.2 Lignes directrices de la CBS.....	28
3.3 Prise en charge des IST.....	29
3.3.1 Prévalence des IST bactériennes.....	29
3.3.1.1 L'infection à gonocoque.....	29
3.3.1.2 L'infection à chlamydiae.....	29
3.3.1.3 La syphilis.....	29
3.3.2 Prévalence des IST virales.....	30
3.3.2.1 L'infection à papillomavirus.....	30
3.3.2.3 L'hépatite C.....	31
3.4 La question de la compensation du risque.....	32
PARTIE II : MATERIEL ET METHODES.....	33
1. Objectifs.....	33
1.1 Objectif principal.....	33
1.2 Objectifs secondaires.....	33
2. Description de l'étude.....	33
3. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	33
3.1 Critères d'inclusion.....	33
3.2 Critères d'exclusion.....	34
4. Présentation de l'auto-questionnaire.....	34
5. Modalités de recueil.....	35
6. Statistiques.....	35

PARTIE III : RESULTATS.....	36
1. Description de la population, données comportementales sexuelles et addictives avant la PrEP.....	36
2. Traitement.....	38
2.1 Durée de traitement.....	38
2.2 Schéma de prise.....	38
2.3 Tolérance.....	38
3. Evolution de la qualité de vie.....	38
3.1 Evolution de la qualité de vie sexuelle.....	39
3.2 Evolution de la qualité de vie générale.....	40
3.3 Sentiment d’être plus en sécurité.....	40
3.4 Interêt pour la santé.....	41
4. Compensation du risque.....	41
4.1 Evolution du nombre de partenaires depuis la PrEP.....	41
4.2 Changement dans l’utilisation du préservatif pour les rapports anaux depuis la PrEP.....	42
4.3 Changement dans la consommation de drogues depuis la PrEP.....	42
4.4 IST depuis la PrEP.....	43
4.5 Prises de risques de 0 à 10.....	43
5. Consultations spécialisées.....	44
5.1 Consultation de proctologie.....	44
5.2 Consultation de psychologie.....	44
5.3 Consultation de sexologie.....	44
5.4 Consultation d’addictologie.....	44
5.5 Consultation de psychiatrie.....	44
6. Satisfaction des PrEPeurs.....	45
6.1 Satisfaction de la prise en charge des IST.....	45
6.2 Utilité des consultations médicales.....	45
6.3 Utilité des consultations infirmières.....	46
6.4 Poursuite du suivi.....	46
PARTIE IV : DISCUSSION.....	47
1. Forces, faiblesses et biais de l’étude.....	47
2. Impact positif de la PrEP sur la santé mentale.....	47
3. De nouveaux défis de prévention.....	49
3.1 L’émergence du chemsex.....	50
3.1.1 En Europe.....	50
3.1.2 En France.....	50
3.2 Une tendance à la compensation du risque.....	51
4. Une nouvelle conception de la prévention.....	54
4.1 Une prévention combinée.....	54
4.2 Une prévention individualisée.....	54
4.3 L’orientation vers les consultations spécialisées.....	55
4.4 Quel accompagnement psychologique proposer ?.....	56
5. Satisfaction des PrEPeurs et souhait pour la poursuite du suivi.....	57
5.1 Des PrEPeurs satisfaits.....	57
5.2 Souhait pour la poursuite du suivi.....	58
5.2.1 Une préférence pour le suivi au CHU.....	58
5.2.2 Aborder la sexualité en médecine générale.....	58
6. Quel futur pour la PrEP ?.....	60

6.1 L'ouverture à d'autres populations.....	60
6.2 Un implant PrEP.....	61
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE.....	63
ANNEXES.....	68
SERMENT MEDICAL.....	77

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le SIDA
ANSM	Agence Nationale de Sûreté du Médicament
CBS	Communication Brève à la Sexualité
CCP	Certificat Complémentaire de Protection
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic
CeRRISe	Centre de Réduction de Risques Infectieux Liés à la Sexualité
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
EMIS	European MSM International Survey
GBL	Gamma Butyrolactine
GHB	Acide Gammahydroxybutyrique
HPV	Papillomavirus
HR-HPV	Papillomavirus à Haut Risque
HSF	Hommes ayant des relations sexuelles avec des femmes
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LGBT	Lesbien Gay Bi et Trans
MDMA	Methylenedioxymétamphétamine
MEC	Méthylethcathinone
MMC	Méthylmethcathinone
NPS	Nouveaux Produits de Synthèse
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PrEP	Prophylaxie Pré-Exposition
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
RESPADD	Réseau de Prévention des Addictions
RTU	Recommandation Temporaire d'Utilisation

TasP	Treatment as Prevention
TCC	Thérapie Cognitivo Comportementale
TGI	Tribunal de Grande Instance
TPE	Traitement Post-Exposition
UCLA	Université de Californie à Los Angeles
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

- Figure 1 : Nombre de découvertes de séropositivité par année de diagnostic
Figure 2 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, lieu de naissance et année de diagnostic
Figure 3 : Sentiment d'être plus en sécurité depuis la PrEP
Figure 4 : Intérêt de la PrEP pour la santé de 0 à 10
Figure 5 : Evolution du nombre de partenaires depuis la PrEP
Figure 6 : Changement dans l'utilisation des préservatifs pour les rapports anaux depuis la PrEP
Figure 7 : Changement dans la consommation de drogues depuis la PrEP
Figure 8 : IST depuis la PrEP
Figure 9 : Prises de risque depuis la PrEP de 0 à 10
Figure 10 : Satisfaction des PrEPeurs de la prise en charge des IST au CeGGID
Figure 11 : Utilité des consultations médicales
Figure 12 : Utilité des consultations infirmières
Figure 13: Souhait pour la poursuite du suivi
Figure 14 : Pourcentage d'HSH ayant utilisé des drogues psychoactives pour intensifier les relations sexuelles ou les faire durer plus longtemps (N=126 258)
Figure 15 : Comportement sexuel au cours de l'étude ANRS Prevenir

- Tableau 1 : Produits consommés lors du chemsex, appellations, aspect, modes d'usage et prix à l'achat en 2015-2016
Tableau 2 : Données comportementales sexuelles et addictives avant la PrEP
Tableau 3 : Test de student comparant la qualité de vie sexuelle avant et depuis la PrEP
Tableau 4 : Test de student comparant la qualité de vie générale avant et depuis la PrEP

PREAMBULE

Dans la lutte contre le VIH, les antirétroviraux ont montré leur efficacité pour rendre la charge virale indétectable et limiter la transmission du virus. En 2019, aucun vaccin ou traitement éradiquant l'infection n'est connu. Une nouvelle utilisation des antirétroviraux en prophylaxie pré-exposition (PrEP) est un espoir pour les populations à haut risque de contamination par le VIH.

Une consultation spécifique pour la PrEP a été mise en place en janvier 2017 au CHU de Nantes et une unité a été créée, l'unité CeRRISe, Centre de Réduction des Risques liés à la Sexualité. L'apparition de ce nouveau moyen de prévention permettrait une diminution des nouvelles contaminations par le VIH et une amélioration de la qualité de vie des populations à risque notamment des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) mais il soulève également des interrogations. Va-t-il mener à un relâchement des stratégies de prévention ?

Afin d'étudier son impact sur la qualité de vie des patients, sur la compensation du risque et afin d'étudier la satisfaction des personnes ayant recours au dispositif CeRRISe nous avons mis en place une étude quantitative par auto-questionnaires sur la période de janvier 2017 à avril 2018.

PARTIE I : INTRODUCTION

1. Enjeux sanitaires liés au VIH

1.1 Epidémiologie du VIH dans le monde

D'après les chiffres publiés par l'ONUSIDA en 2019 (1) :

Depuis le début de l'épidémie, 74,9 millions de personnes ont été infectées par le VIH et 32 millions de personnes sont décédées de suite de maladies liées au sida.

En 2018, 37,9 millions de personnes vivaient avec le VIH, 1,7 million de personnes sont devenues nouvellement infectées et 770 000 personnes sont décédées de maladies liées au sida.

L'objectif de l'ONUSIDA est d'éradiquer l'épidémie d'ici à 2030 avec l'objectif 90-90-90 en 2020 qui est que 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, que 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable et que 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral aient une charge virale durablement supprimée.

En 2018, 79 % des personnes infectées connaissaient leur statut. Parmi les personnes qui connaissaient leur statut, 78 % avaient accès au traitement. Des personnes qui avaient accès au traitement, 86 % ont vu leur charge virale supprimée. Cela fait que seulement 53 % des personnes vivant avec le VIH avaient une charge virale supprimée.

1.2 Epidémiologie du VIH en France

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est stable depuis 2010.

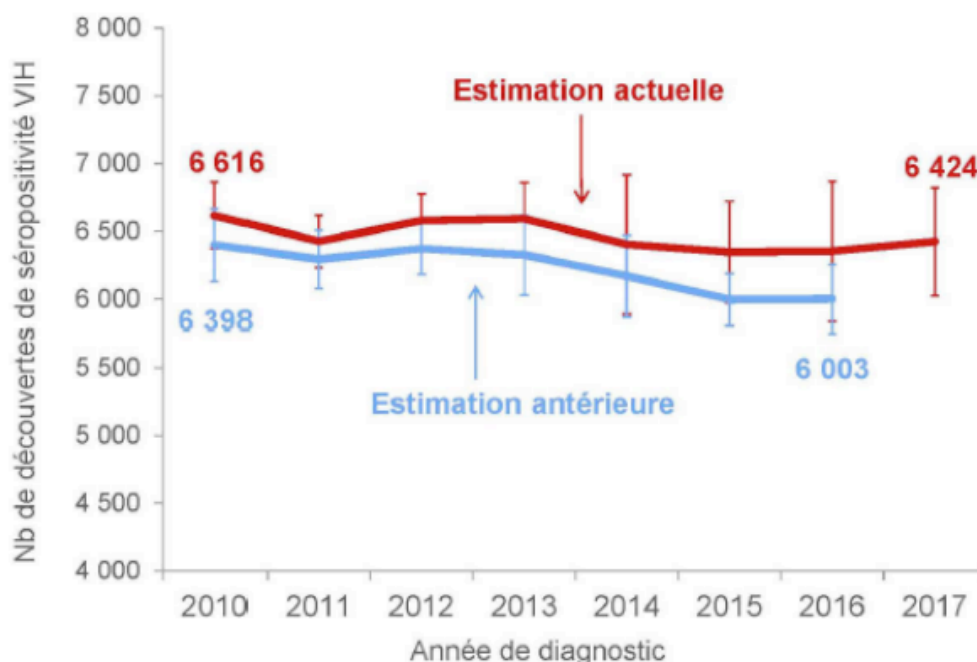


Figure 1 - Nombre de découverte de séropositivité par année de diagnostic

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2017, 3 600 (56%) ont été contaminées lors de rapports hétérosexuels, 2 600 (41%) lors de rapports entre hommes et 130 (2%) par usage de drogues injectables. Concernant les deux principaux modes de contamination, on observe une stabilité du nombre de découvertes de séropositivité depuis 2010. Chez les usagers de drogues, ce nombre diminue. Parmi les découvertes chez les hétérosexuels en 2017, 75% concernent des personnes nées à l'étranger, principalement en Afrique subsaharienne. Parmi les hommes ayant des rapports avec des hommes (HSH) ayant découvert leur séropositivité en 2017, 26% étaient nés à l'étranger. Chez ces derniers, le nombre de découvertes augmente de manière continue (2).

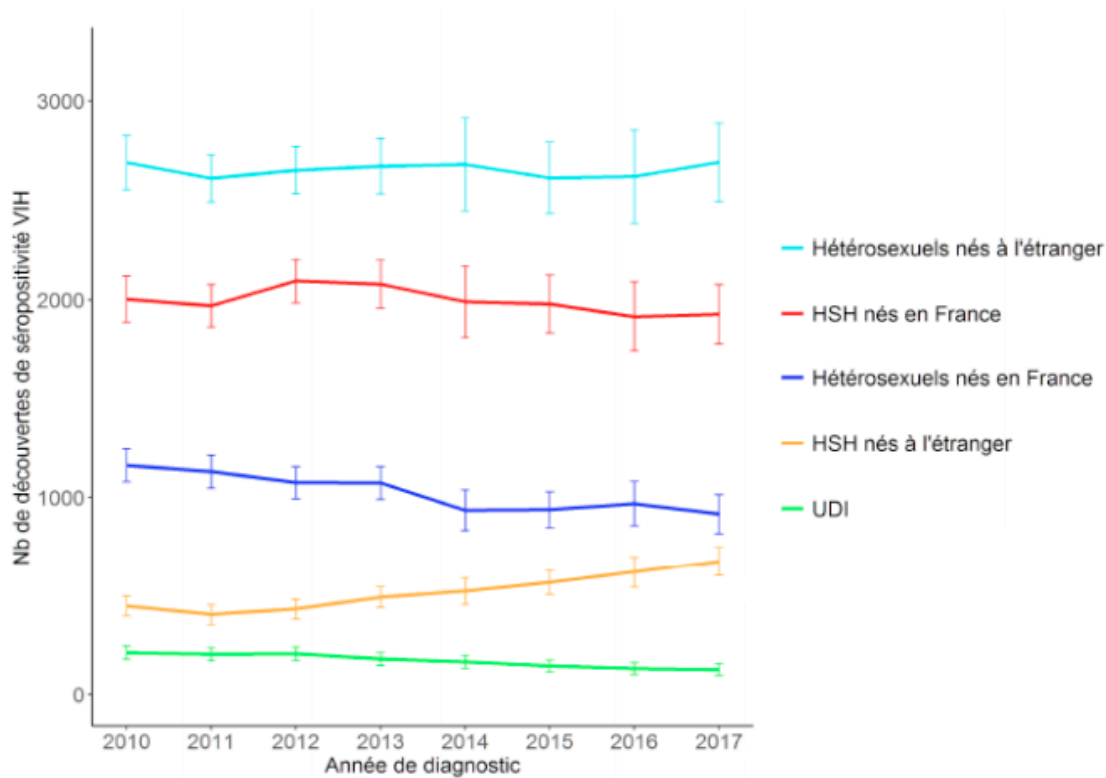


Figure 2 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, lieu de naissance et année de diagnostic

1.3 Préservatif et « barebacking »

Le préservatif reste le moyen le plus fiable, si correctement utilisé, pour éviter toute contamination par le VIH ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. Mais on sait que son usage systématique n'est pas si évident.

En 2011, l'Institut de Veille Sanitaire publie une étude sur les comportements sexuels entre hommes :

Au total, 10 448 HSH ont répondu à l'enquête ; 71% avaient eu au moins un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois. Ils étaient 14% à n'avoir jamais eu recours au test VIH ; parmi les testés, 17% étaient séropositifs, 69% séronégatifs et 14% séro-interrogatifs. L'usage systématique du préservatif lors des rapports anaux avec des partenaires occasionnels a été rapporté plus fréquemment par les répondants séronégatifs (58%). Aucune pratique de

réduction des risques n'a pu être décelée pour 25% des répondants séropositifs, 16% des séronégatifs, 55% des séro-interrogatifs et 35% des non testés (3).

Utiliser un préservatif sous-entend connaître les risques de transmission du VIH, avoir accès à ce moyen de prévention, pouvoir financièrement se le procurer, savoir l'utiliser correctement, avoir le temps et savoir le négocier avec son partenaire.

De plus pour certains, l'abandon du préservatif est un acte militant, conscient. Ce mouvement est appelé bareback, c'est un terme issu de l'équitation « barebacking », sans protection avec sa monture, l'image renvoie au préservatif.

Dans son article « Bareback et construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay », Jean-Yves Le Tallec, sociologue et militant LGBT, en parle de cette façon :

« L'émergence du bareback dans les pays occidentaux, dont les premiers signes remontent au début des années 1990, est un révélateur de l'évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay. Mais ce phénomène a également tendance à masquer un ensemble de transformations profondes dans la représentation du risque lié au VIH. De ce point de vue, le bareback n'est que l'élément le plus visible d'un continuum de pratiques sexuelles non protégées, dans lequel les stratégies de prévention ne sont pas abandonnées, mais sont aménagées en fonction des désirs et des contraintes normatives et font appel à des procédures de réduction des risques sexuels. La « culture de sexualité » et la « culture de prévention » sont loin de s'opposer. Elles s'influencent mutuellement et conditionnent les attitudes et les pratiques. Le bareback ne fait que souligner les évolutions du lien entre homosexualité et sida et interroge la norme de prévention, désormais vécue comme une contrainte. (4) »

1.4 Chemsex

Le chemsex est la contraction de deux termes anglais « chems » et « sex », il désigne les pratiques de consommation de substances psychoactives dans le cadre de relations sexuelles. Les études et observateurs notent un développement des usages sexuels des produits depuis une dizaine d'années dans la population des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (bien que ces usages se rencontrent dans tous les groupes sociaux de tout

temps). Cette tendance est accompagnée par l'émergence de nouvelles modalités de rencontres (internet, applications), de nouvelles drogues (les nouveaux produits de synthèse – NPS) et de nouvelles modalités de consommation (injections intraveineuses dénommées « slam »).

1.4.1 Les débuts du chemsex

Une étude qualitative de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) retrace l'histoire du phénomène (5). Dès 2007, des témoignages ont rapporté un net développement de l'usage de nouveaux produits parmi les HSH. On note alors le développement de soirées privées (par opposition aux soirées en club) et l'augmentation des usages des produits dans les soirées privées à caractère sexuel. Les pratiques sont devenues également plus lisibles sur les sites de rencontre avec parfois intégration dans le profil de l'internaute dès 2009. La même année on note l'apparition des NPS, les nouveaux produits de synthèse que sont les cathinones (4-MEC, 3-MMC, 4P etc.) et également l'apparition du « slam » qui consiste à s'injecter en intra-veineux des produits. Ces produits sont consommés parfois en même temps que les médicaments destinés à la dysfonction érectile tels que le sildenafil.

Produit	Appellations usagers	Aspect	Modes d'usage	Prix moyen à l'achat (2015-2016)
Poppers	Pop, Jungle,... et noms commerciaux : Jungle Juice®, Pig Juice®, Rush®, Fuck Me®, Hot®, Bronx®, Girly Power®...	Liquide transparent jaunâtre généralement contenu dans une fiole brune ou ambrée de 8 à 40 ml	Inhalé	8 à 15 € la fiole
GBL/GBH	G, liquid ecstasy, MDMA liquide...	Liquide incolore, poudre blanche cristalline	Bu - mélangé à de l'eau ou boisson sucrée. Rarement injecté	Autour de 70 € le demi-litre
Cathinones	3-MMC, 4-MEC, MDPV, 4P, butylone, mélanges de cathinones vendues comme NRG2, NRG3, αPVP, PVB, αPHT...	Poudre blanche, jaunâtre, cristaux, granules...	Sniffées, ingérées, injectées, pluggées (insérées dans le rectum)	Environ 20 € le gramme sur Internet, revendu 25 €
Cocaïne	Coke, C, CC...	Poudre	Sniffée, fumée, injectée	Entre 50 et 80 € le gramme
MDMA/ecstasy	D, MD, Taz...	Cristaux comprimés	Ingérée (parachute, dilué dans une boisson), plus rarement sniffée	Autour de 10 € l'unité (gélule ou parachute), 50-60 € le gramme
Kétamine	K (Key), kéta, spécial K, kate...	Liquide incolore, poudre cristalline	Sniffée, injectée (plus rarement)	50 € le gramme de poudre
Méthamphétamine	Crystal, Meth, crystal meth, Ice, Tina...	Cristaux	Fumée, Sniffée, injectée ou insérée dans le rectum	220 à 250 € le gramme
Viagra/Cialis, Levitra*		Comprimés	Ingérés, injectés (plus rarement)	0,60 à 1,50 € l'unité

Tableau 1 : Produits consommés lors du chemsex, appellations, aspect, modes d'usage et prix à l'achat en 2015-2016

1.4.2 Effets attendus des produits

Ces substances sont consommées dans le but de provoquer des sentiments d'euphorie et d'augmenter l'excitation et l'endurance sexuelle (cocaïne, amphétamines, cathinones, médicaments de performance sexuelle) ou d'obtenir un effet relaxant (GBH/GBL ou kétamine). L'injection intra-veineuse appelée « slam » a un fort marquage érotique comme on peut le voir dans le documentaire de 2015 de William Fairman et Max Gogarty qui suit des HSH londoniens pratiquant le chemsex ainsi qu'un médecin qui accompagne les personnes en demande d'aide par rapport à leurs consommations (6).

1.4.3 Risques liés au chemsex

Les usages de drogues dans le cadre de relations sexuelles ne conduisent pas nécessairement à des prises de risques qui relèvent de facteurs multiples. Un certain nombre de facteurs de vulnérabilité comme l'inexpérience des personnes concernant les gestes d'injection et le manque de connaissance des produits augmentent les prises de risques. Lors des sessions chems qui peuvent s'étendre sur plusieurs jours, le risque de contracter le VIH réside aussi dans la multiplicité des partenaires avec risque de rapports non protégés.

Dès 2010, on assiste à une augmentation des signaux sanitaires par les services d'urgences, les services de maladies infectieuses ou les services psychiatriques. Au plan somatique, les polyconsommations ou surconsommations peuvent provoquer des nausées, vomissements, troubles du rythme cardiaque, vertiges, pertes de connaissance. A plus long terme, il existe un risque d'addiction. L'injection peut entraîner des abcès, endocardites, septicémies, des altération du réseau veineux et des complications cutanées. Au niveau psychiatrique, on peut craindre des troubles cognitifs importants, des décompensations anxieuses, bipolaires ou psychotiques. Le chemsex peut être un facteur de désocialisation. Le maintien d'une relation amoureuse durable ou professionnelle sont des facteurs de protection décisifs (5).

L'association de pratiques anales non protégées, la multiplication des partenaires, la prise de drogues psychotropes parfois injectées avec partage de matériel, des pratiques plus à risques de transmission du VIH mais également du VHB et du VHC sont autant de raisons de proposer un nouveau moyen de prévention de la transmission du VIH : la PrEP mais également la consultation PrEP au sein des CeGGID.

2. La PrEP

2.1 Utilisation des antirétroviraux en préventif

Dans un contexte d'absence de vaccin ou de traitement permettant la guérison, l'usage des antirétroviraux s'élargit à la prévention de la transmission du virus. Ainsi avant l'apparition de la PrEP, il existait déjà le TPE « Traitement Post-Exposition » et le TasP « Treatment as Prevention » qui fonctionne pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant (PTME) mais aussi pour prévenir la transmission au sein de couples sérodiscordants.

La Prophylaxie Pré-Exposition est un concept bien connu en médecine, elle est définie comme « l'ensemble de moyens médicaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension d'un phénomène ». La chimio-prophylaxie antipaludéenne est un exemple célèbre de prophylaxie.

2.2 Histoire de l'AMM

La PrEP est l'association fixe de 2 inhibiteurs de la transcriptase inverse du VIH : l'emtricitabine (analogue nucléosidique) et le tenofovir disoproxil fumarate (analogue nucléotidique). Il dispose de l'AMM dans le traitement de l'infection par le VIH chez l'adulte depuis 2005 en Europe. Sa RTU (Recommandation Temporaire d'Utilisation) a été établie en novembre 2015 par l'ANSM, et est effective depuis janvier 2016 (remboursement par l'assurance maladie). Le 28 février 2017, la RTU prend fin avec l'extension de l'AMM dans cette indication (7).

Initialement, le laboratoire GILEAD avait le monopole de cette association sous le terme de TRUVADA®. En juin 2018, le Tribunal de Grande Instance de Paris (TGI) a mis fin au Certificat Complémentaire de Protection (CCP) qui allongeait le monopole de GILEAD. Les juges ont confirmé que le CCP de TRUVADA®, qui empêchait la commercialisation de génériques pour trois années supplémentaires, n'avait pas lieu d'être. Les génériques, commercialisés depuis juillet 2017, date de fin du brevet initial, ont été maintenus sur le marché et leurs fabricants n'ont pas été inquiétés. Cette décision garantit un prix bien plus bas

(environ 180 € la boîte de 30 contre 346,25 € pour le TRUVADA®) pour l'Assurance Maladie (8).

2.3 Les premiers essais

iPrex est le premier essai clinique ayant démontré un effet préventif du VIH par l'association emtricitabine et fumarate de tenofovir disoproxil, il date de 2010. Les résultats ont ensuite été consolidés et les 2 essais ayant marqué une étape majeure dans la démonstration de son efficacité sont l'essai IPERGAY et l'essai PROUD qui se sont déroulés en Europe.

L'essai iPrex est une étude en double aveugle randomisée comparant l'administration journalière de l'association emtricitabine et fumarate de tenofovir disoproxil versus placebo en complément des mesures de réduction du risque d'acquisition du VIH. L'étude est multicentrique sur 11 sites (3 au Pérou, 1 en Equateur, 3 au Brésil, 1 en Thaïlande, 1 en Afrique du Sud et 2 aux Etats-Unis). Le critère principal est l'incidence de séroconversion VIH. Ont été observées 100 cas d'infections VIH incidentes : 36 dans le bras association emtricitabine et fumarate de tenofovir disoproxil et 64 dans le bras placebo. Une réduction relative de l'incidence du VIH de 44 % : 95% IC (15 %-63%) ; différence statistiquement significative par rapport au bras placebo ($p= 0,005$), même si l'hypothèse nulle d'une efficacité inférieure à 30 % ne pouvait être formellement rejetée (9).

L'essai IPERGAY « Intervention Préventive de l'Exposition aux Risques avec et pour les GAY » est un essai en double aveugle, comme iPrEX avec un bras emtricitabine et fumarate de tenofovir disoproxil + stratégie de prévention standard vs placebo + stratégie de prévention standard. En réponse aux enjeux d'observance de la PrEP, l'essai IPERGAY explore une autre modalité d'administration de l'association emtricitabine et fumarate de tenofovir disoproxil, à savoir un schéma non continu, dépendant de l'activité sexuelle. C'est une étude en double aveugle comparant l'administration journalière de l'association emtricitabine et fumarate de tenofovir disoproxil versus placebo en complément de stratégie standard de réduction du risque d'acquisition du VIH. L'étude débute en février 2012 en France à Paris, Lyon, Nantes, Nice, Tourcoing et au Canada, à Montréal. Le critère de jugement est l'incidence de séroconversion au VIH. Sur 414 participants, 16 séroconversion ont été observées, 2 dans le bras emtricitabine et fumarate de tenofovir disoproxil et 14 dans le bras placebo. La réduction

du risque a été de 86 % dans le bras emtricitabine et fumarate de tenofovir disoproxil avec un IC 95 % : 40-99 (10).

L'essai PROUD « PRe-exposure Option for reducing HIV in the UK : an open label randomization to immediate or Deferred daily TRUVADA® for HIV seronegative gay men » est un essai ouvert dit pragmatique, proche de la « vraie vie », qui comporte une comparaison de l'association emtricitabine et fumarate de tenofovir disoproxil + stratégie de prévention standard (bras du recours au traitement immédiat) vs prévention standard (bras du recours au traitement différé d'un an). La modalité d'administration de l'association emtricitabine et fumarate de tenofovir disoproxil est continue en prise quotidienne. L'étude débute en novembre 2012 au Royaume-Uni. Le critère de jugement est l'incidence de l'infection à VIH à 12 mois (phase comparative) après la randomisation. Sur les 544 participants il a été observé 3 séroconversions dans bras traitement immédiat et 20 dans le bras traitement différé. La réduction du risque a été de 86 % avec un IC90 % : 64-96, $p=0,0001$ (11).

D'autres essais ont été réalisés chez d'autres populations notamment les populations hétérosexuelles au sein de couples sérodifférents comme l'étude PARTNERS (12) ou non sérodiscordants comme dans l'étude TDF2 (13), également chez les usagers de drogues par voie injectable dans la Bangkok Tenofovir Study (14).

Dans tous les essais l'efficacité observée était clairement dépendante du niveau d'observance du traitement, qui variait selon les essais et dont l'appréciation la plus objective était la mesure des taux plasmatiques.

2.4 Indication de la PrEP

La PrEP est actuellement recommandée chez tous les adultes et les adolescents (≥ 15 ans) exposés à un haut risque de contracter le VIH (15).

Les populations exposées à un haut risque sont, notamment :

- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ou les personnes transgenres, répondant à au moins un des critères suivants :
 - ➔ rapports sexuels anaux sans préservatif avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les 6 derniers mois,

- ➔ épisodes d'IST dans les 12 derniers mois
- ➔ au moins un recours à un traitement post-exposition au VIH dans les 12 derniers mois
- ➔ usage de drogues lors des rapports sexuels (chemsex)
- au cas par cas, les personnes dans les situations suivantes
 - ➔ usage de drogues injectables avec échanges de seringues
 - ➔ travailleurs du sexe/prostitués avec rapports sexuels non protégés
 - ➔ vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH.

2.5 Prescription de la PrEP

Seul un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'infection par le VIH, exerçant à l'hôpital ou dans un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) peut faire la première prescription de la PrEP. Le renouvellement de l'ordonnance peut être réalisé par tout médecin, en ville ou à l'hôpital, dans le cadre du suivi trimestriel (statut VIH, IST, grossesse et effets indésirables). La prescription doit être refaite chaque année à l'hôpital ou en CeGIDD.

L'association emtricitabine et fumarate de tenofovir disoproxil dans la PrEP est remboursable à 100 % par la Sécurité sociale pour les personnes de plus de 15 ans à haut risque de contracter le VIH.

2.6 Schéma de prise

Le schéma de prévention validé par l'AMM est le suivant (16) :

- prise continue = 1 comprimé par jour. En cas de prise continue le traitement est réputé efficace après 7 jours de prise chez les hommes et 21 jours chez les femmes. Il doit être poursuivi jusqu'à 2 jours après le dernier rapport sexuel.

Il existe un schéma alternatif (hors AMM) :

- prise discontinue (ce schéma ne doit pas être utilisé chez les hommes infectés par le virus de l'hépatite B). Ce schéma n'a été étudié que chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

1^{re} prise : 2 comprimés à prendre en même temps entre 2h et 24h avant le rapport sexuel.

2^e prise : 1 comprimé à prendre environ 24h (+/- 2h) après la 1^{re} prise.

3^e prise : 1 comprimé à prendre environ 24h (+/- 2h) après la 2^e prise. En cas de rapports répétés, poursuivre avec 1 comprimé par jour jusqu'à 2 jours après le dernier rapport sexuel.

Dans le cas où la dernière séquence PrEP s'est terminée il y a moins de 6 jours, la personne ne doit prendre qu'un comprimé en début de nouvelle séquence afin de réduire la toxicité.

2.7 Toxicité

Le profil de sécurité d'emploi de l'association emtricitabine et fumarate de ténofovir disoproxil est principalement caractérisé par une toxicité rénale associée au ténofovir. En effet, des cas d'atteinte rénale, d'insuffisance rénale, d'augmentation du taux de la créatinine, d'hypophosphatémie et de tubulopathie proximale (y compris syndrome de Fanconi) ont été rapportés dans le cadre de l'utilisation du ténofovir chez les patients infectés par le VIH. De plus, les études de cohorte dans la population VIH (telles que les cohortes EuroSIDA ou D.A.D) ont identifié le ténofovir DF comme étant un facteur de risque indépendant d'insuffisance rénale chronique. Il est reconnu que les patients ayant des facteurs de risque rénaux ou recevant de manière concomitante des médicaments néphrotoxiques sont plus à risque de développer une atteinte rénale sous ténofovir DF et qui peut perdurer après l'arrêt du traitement. Par ailleurs, la prise d'AINS à fortes doses ou l'association de plusieurs AINS peut également majorer le risque rénal notamment chez les sujets présentant d'autres facteurs de risque de dysfonction rénale.

De légères diminutions de la densité minérale osseuse ont été observées chez des sujets adultes non infectés recevant de l'Emtricitabine/Ténofovir disoproxil. Les conséquences

cliniques ne sont pas connues. La suspicion d'anomalies osseuses doit imposer une consultation appropriée (17).

2.8 Suivi

- La première consultation d'information préalable à la prescription de la PrEP doit comprendre :

La recherche de signes cliniques de primo-infection VIH, la prescription d'un test de dépistage du VIH ELISA de 4e génération combiné antigène/anticorps, le test de recherche du VHB et des autres IST, la prescription d'un bilan rénal, d'une grossesse en cours.

- La deuxième consultation pour établir la prescription (un mois plus tard) doit comprendre :

La recherche de l'absence d'exposition récente au VIH (< à 1 mois) qui inciterait à décaler la prescription avec un nouveau contrôle de la sérologie VIH, la recherche de signes cliniques de primo-infection VIH, l'analyse du premier bilan biologique visant à dépister les IST, l'infection active par le virus de l'hépatite C ou l'infection par le VHB, l'analyse du bilan rénal, la recherche d'une grossesse en cours, un conseil de contraception le cas échéant, la réalisation de la première prescription de PrEP.

- Troisième consultation un mois plus tard :

Cette consultation est très importante pour consolider la prescription afin de vérifier l'observance et d'évaluer la compréhension du sujet quant à la nécessité de l'observance au traitement pour qu'il soit efficace, de vérifier l'absence de séroconversion au VIH (sérologie VIH), d'informer sur les méthodes de prévention du VIH, de rechercher des effets indésirables éventuels et / ou situations particulières incluant grossesses, surdosages, mésusages (interrogatoire, bilan sanguin rénal), de remettre au sujet traité le courrier de liaison destiné au médecin généraliste, s'il est envisagé un renouvellement de la prescription par un médecin généraliste (17).

3. L'unité CeRRISe du CHU de Nantes

3.1 Présentation de l'unité

Depuis janvier 2017, une unité spécifique, « CeRRISe : Centre de Réduction des Risques liés à la Sexualité », existe au CHU de Nantes pour l'introduction et le suivi des sujets sous PrEP, dans une démarche d'éducation à la santé avec prise en charge globale pluridisciplinaire : un entretien médical complété d'un entretien infirmier, une orientation vers la consultation de psycho-sexologie, proctologie, vaccinologie, infectiologie et addictologie.

Cette consultation répond à l'axe IV de stratégie nationale de santé sexuelle : « Renforcer la prévention le dépistage, l'accès au droits et la prise en charge à destination des populations les plus exposées au VIH, aux hépatites et aux IST, notamment pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, ainsi que pour les personnes trans (18).»

La PrEP est un outil complémentaire de la stratégie de prévention de l'infection par le VIH. Cette stratégie diversifiée repose sur :

- le matériel de prévention : préservatif masculin ou féminin, gel lubrifiant, etc. ;
- le dépistage du VIH et des autres IST et leur traitement ;
- les conseils sur les pratiques sexuelles ;
- les traitements médicamenteux : traitement post-exposition, traitement des personnes séropositives pour réduire le risque de transmission à un partenaire séronégatif ;
- l'utilisation de matériel à usage unique lors de la consommation de drogues.

Démarrer une PrEP implique une consultation par un médecin expérimenté qui permet d'évaluer le niveau de risque de contracter le VIH et les éventuelles contre-indications à la prescription du médicament. Elle doit s'inscrire dans une démarche de santé sexuelle globale et être accompagnée de conseils et de soutien.

L'entretien infirmier repose sur des consultations formalisées qui, outre les soins techniques, visent à mener des entretiens stratégiques afin d'évaluer de façon proactive avec les usagers

les problèmes éventuels que la PrEP n'a pas résolus dans leur vie sexuelle. Pour mener cette activité les IDE ont reçu une formation qualifiante en santé sexuelle (DIU Santé Sexuelle et Droits Humains), des formations basées sur les compétences internes au service (psycho-sexologie) et de partenaires extérieurs. Ces entretiens menés sont construits à partir de méthodes et d'outils relationnels à visée solutionniste inspirés de la Communication Brève relative à la Sexualité (CBS) prônée par l'OMS. Ils visent à accompagner l'utilisateur vers une prise de conscience des risques pris, de la place de la sexualité dans sa vie, et la recherche de solutions concrètes, réalisables et personnalisées pour une réduction des risques au quotidien.

L'orientation vers la consultation de psycho-sexologie est systématiquement proposée. Un partenariat avec l'association AIDES a été établi, il permet de proposer des groupes de paroles, de rencontrer des « pairs éducateurs ».

3.2 La communication Brève relative à la Sexualité (CBS)

La notion de santé sexuelle est consacrée dans les objectifs du Millénaire pour le développement N°5 (Améliorer la santé maternelle) et N°6 (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies). Le Département Santé et recherche génésiques de l'OMS a élaboré des lignes directrices sur le counselling en sexualité. Cela s'adresse essentiellement aux agents de soins de santé primaires (médecins, infirmières) afin de promouvoir la santé sexuelle plutôt que de se contenter de traiter les IST ou le VIH et de prendre en charge d'autres problèmes ayant une incidence sur la santé (violence sexuelle, mutilations génitales féminines, grossesses non désirées etc.) (19).

3.2.1 Définition de la santé sexuelle et de la sexualité selon l'OMS

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité ; il ne s'agit pas simplement d'une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et

préserver la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés. »

On ne peut dissocier la santé sexuelle de la sexualité qui détermine des comportements importants et a une influence majeure sur l'état de santé sexuelle. L'OMS lui donne cette définition :

«... un aspect central de la personne humaine tout au long de sa vie qui comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuel, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels (19). »

Or, le HCSP énonce que 49% des HSH ont vécu un épisode dépressif au cours de leur vie (26% des moins de 25 ans ont eu un état dépressif au cours des 12 derniers mois), 19% ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie soit 5 fois plus que dans la population générale. Parmi les répondants, 27% déclarent avoir consommé des anxiolytiques et/ou des antidépresseurs et 31% ont été victimes d'actes homophobes au cours des 12 derniers mois. Les jeunes ou les hommes faisant partie des classes sociales moins favorisées sont plus fréquemment l'objet de rejet de la part de leurs proches ou d'agressions homophobes (20).

L'étude EMIS « European MSM Internet Survey » constitue à ce jour la plus grande enquête réalisée auprès d'HSH. Elle a été conduite en 2010 et à nouveau en 2017 par questionnaires en ligne dans 50 pays. Elle a interrogé les participants sur leur niveau d'anxiété et d'idées suicidaires. 18 % des participants ont rapporté au moins des symptômes modérés d'anxiété et de dépression dans les 2 dernières semaines et 8 % des symptômes anxiodépressifs sévères. 21 % avaient eu des idées suicidaires ou l'idée de se faire du mal dans les 2 dernières semaines et 6 % au moins la moitié des jours de cette période (21).

3.2.2 Lignes directrices de la CBS

Le « counseling » désigne « les consultations systématiques organisées dans le cadre des soins de santé primaires en vue de traiter les problèmes émotionnels, psychologiques et sociaux qui influencent la santé et le bien-être des personnes.

Ces lignes directrices sont axées sur le recours au counselling en fonction des besoins, plutôt que sur le counselling formalisé (systématique et continu). C'est ce qu'on appelle « la communication brève relative à la sexualité (CBS) (19). »

La CBS tient compte des dimensions psychologiques et sociales de la santé et du bien-être sexuel ainsi que des aspects biologiques. Ces lignes directrices emploient le terme « clients » plutôt que celui de « patients ». La notion de « thérapie centrée sur le client », développée par Carl Rogers, clarifie cette distinction : alors que le terme « patient » suppose une hiérarchie où le prestataire de soins est le détenteur du savoir, le terme « client » fait de celui-ci un accompagnant dont le rôle est d'aider la personne à trouver des solutions. Elle vise à aider les clients à reformuler leurs émotions, leur pensée et leur compréhension et à modifier de cette façon leur comportement ; ainsi, en améliorant leurs capacités d'autorégulation, les clients pourront vivre leur sexualité de manière autonome et satisfaisante, sans prendre de risques. La CBS repose sur l'idée qu'il y a un décalage entre les intentions et les comportements. Elle permet aux clients de réduire ce fossé en les aidant à fixer des buts clairs, en nourrissant leur motivation et en les incitant à agir pour les atteindre.

Selon cette approche, le prestataire doit consacrer l'essentiel de la visite de soins de santé primaires à écouter les problèmes du client et non à dispenser son expertise. Le but est d'aider le client à trouver les moyens de régler ses problèmes. C'est ce qu'on appelle « l'approche centrée sur le client » où l'on respecte les idées, les sentiments, les attentes et les valeurs de celui-ci par opposition au modèle « centré sur la maladie » dans laquelle le prestataire prend des décisions en son nom.

3.3 Prise en charge des IST

Le corollaire indispensable à la prescription de la PrEP est le dépistage des IST. En effet, même avant la PrEP, la prévalence de la plupart des IST chez les HSH était en augmentation. Avec l'arrivée du nouveau moyen de prévention, beaucoup craignent une « compensation du risque ».

3.3.1 Prévalence des IST bactériennes

3.3.1.1 L'infection à gonococque

Sur la période 2015-2016, l'augmentation de la gonococcie constatée dans la population générale est plus marquée chez les HSH (+41% sur la même période) que chez les hétérosexuels (+4%). Les HSH représentent 69% des cas rapportés en 2016 (22).

3.3.1.2 L'infection à chlamydiae

En 2016, le nombre de lymphogranulomatoses vénériennes et d'infections ano-rectales de sérovar non L poursuivent leur augmentation. Plus de 90% des cas concernent des HSH (23).

3.3.1.3 La syphilis

En 2016, le nombre de cas de syphilis récentes diagnostiqués majoritairement en CeGIDD reste élevé mais n'a pas augmenté par rapport à 2015, et ce quelle que soit l'orientation sexuelle. Les HSH représentent 81% des cas rapportés en 2016. 32% des patients diagnostiqués pour une syphilis récente en 2016 étaient co-infectés par le VIH. Ces co-infections sont plus fréquentes chez les HSH (36 % versus respectivement 14 % et 8 % chez les hommes et femmes hétérosexuels) (24).

➔ *La consultation PrEP permet le dépistage régulier de ces IST bactériennes et leur traitement en cas résultat positif.*

3.3.2 Prévalence des IST virales

3.3.2.1 L'infection à papillomavirus

Dû au HPV-16, le cancer de l'anus est un cancer rare. Mais son incidence a été multipliée par 4 dans les trente dernières années, passant de 1,5 à 6 cas pour 100 000 personnes. Sa hausse suit celle des IST et concerne particulièrement les HSH et les PvVIH.

L'histoire naturelle du cancer anal est mal connue, notamment en raison de sa rareté jusqu'à une période récente, mais le risque de transformation des néoplasies de haut grade en carcinome invasif semble important. Les lésions précancéreuses posent désormais un problème préoccupant dans certaines populations à risque (PvVIH, HSH) chez lesquelles un dépistage systématique est maintenant proposé (25).

Une étude française, présentée lors de la 22^e conférence internationale du SIDA, a étudié la prévalence de l'HPV au niveau anal et oral chez des PrEPeurs à Orléans. La prévalence de l'HPV et du HR-HPV au niveau anal était de 93.4% (95% CI: 87.2- 99.6) et de 81.9% (95% CI: 72.3-91.6), respectivement. La prévalence orale de l'HPV et de l'HR-HPV était de 33.9% (95% CI: 21.5-46.3) et de 19.6% (95% CI: 9.2-30.1), respectivement. L'HR-HPV-33 ciblé par le vaccin Gardasil-9® était le génotype le plus détecté aussi bien au niveau anal que oral. Plus de deux-tiers (68.8%) des HSH de l'étude avait eu moins 1 génotype d'HPV ciblé par le Gardasil-9® dans les prélèvements anaux; tous les prélèvements oraux HPV positifs avaient au moins 1 génotype d'HPV couvert par le vaccin (26).

➔ *La consultation PrEP oriente les patients vers une consultation de proctologie et propose la vaccination anti-HPV.*

3.3.2.2 L'hépatite B

Le nombre annuel de cas d'hépatite B aiguë déclarés a diminué très fortement depuis 2006 (-53 %), passant de 185 cas en 2006 à 87 cas en 2016 (Figure 1). Cette tendance à la baisse doit être interprétée avec prudence, compte-tenu d'une sous-déclaration majeure, estimée à 73% en 2016, 77 % en 2013 et entre 85 % et 91 % en 2010 (enquête LaboHep).

Chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant des lieux de convivialité gay, la prévalence de l'hépatite chronique B a été estimée à 0,6% [IC95%: 0,2-1,3], à partir de l'enquête Prévagay 2015. Chez les HSH séropositifs pour le VIH, la prévalence estimée était de 1,5% [0,6-3,6] (27).

➔ *La consultation PrEP permet de dépister l'hépatite B et de vacciner contre ce virus.*

3.3.2.3 L'hépatite C

L'hépatite C a une transmission principalement sanguine donc nous intéresse dans le cas du chemsex en cas de partage de matériel mais également lors de pratiques considérées plus « hard » où les muqueuses peuvent être lésées.

➔ *Il n'existe pas de vaccin contre cette infection, la consultation PrEP permet de prévenir les PrEPeurs des modes de contamination, des précautions à prendre afin de l'éviter et permet de dépister cette infection et d'orienter les patients vers une consultation appropriée.*

Pour la période 2006-2015, 11 158 cas d'hépatite A ont été notifiés, soit un taux d'incidence moyen de notification de 1,7/100 000 habitants. Une tendance à la diminution de ce taux a été observée à partir de 2010.

Il est à noter en 2017, la survenue d'une épidémie d'ampleur européenne d'hépatite aiguë A affectant principalement les HSH. Cette année, 3 391 cas ont été déclarés en France avec un pic de déclaration au mois de juillet (500 cas) (28).

➔ *La consultation PrEP permet de dépister et de vacciner contre le virus de l'hépatite A.*

3.4 La question de la compensation du risque

L'introduction d'un nouveau moyen de prévention doit conduire à s'interroger sur l'impact qu'il peut avoir sur le recours aux autres moyens de prévention et sur les comportements de ses utilisateurs : on parle alors de désinhibition et de compensation du risque (29).

Le terme de désinhibition provient du domaine de la psychologie : il décrit le fait, pour un individu, de mettre fin à certaines initiatives visant à le protéger du risque. Cela se traduit par une baisse de la vigilance, un relâchement des précautions prises antérieurement. Un des meilleurs exemples dans le cas des maladies sexuellement transmissibles est l'alcool ou les drogues car ils peuvent mettre dans un état où l'on arrête de se soucier du risque, il n'a plus d'importance.

Le terme de compensation du risque a une approche plus cognitive. Il désigne les mécanismes de report du risque et s'applique aux situations dans lesquelles des individus, se sentant protégés d'un risque de santé notamment par une action de prévention, développent d'une autre manière un comportement risqué (29).

Les notions vues précédemment, sous-entendent qu'avec la PrEP, la perception du risque serait modifiée et serait perçue comme permettant à moindre risque : d'augmenter le nombre de ses partenaires, de choisir des pratiques plus à risque de transmission du virus, d'augmenter la fréquence des rapports non protégés.

La mise en place la consultation PrEP au CHU de Nantes a été l'occasion d'évaluer l'impact que ce nouveau moyen de prévention a eu dans la vie des patients : leur qualité de vie s'est-elle améliorée avec la PrEP ? Quel changements cela a-t-il eu sur leurs pratiques ? Sont-ils satisfaits de la prise en charge proposée ?

PARTIE II : MATERIEL ET METHODES

1. Objectifs

1.1 Objectif principal

- Etudier la qualité de vie globale et sexuelle chez les PrEPeurs avant et depuis la PrEP.

1.2 Objectifs secondaires

- Etudier les caractéristiques comportementales sexuelles et addictives des PrEPeurs avant et depuis la PrEP.
- Etudier la satisfaction des PrEPeurs concernant la consultation PrEP et leur souhait quant à la poursuite du suivi (CHU ou médecine de ville).

2. Description de l'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle descriptive, transversale, rétrospective, monocentrique par auto questionnaires au CHU de Nantes au sein de l'unité CeRRISse du Centre de Prévention des Maladies Infectieuses et Transmissibles (CPMIT) sur une durée de 16 mois de janvier 2017 à avril 2018.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

3.1 Critères d'inclusion

Individus pour lesquels l'indication d'une PrEP a été retenue, qui prenaient le traitement depuis au moins 6 mois et qui ont accepté de remplir le questionnaire.

3.2 Critères d'exclusion

Individus qui prenaient la PrEP depuis moins de 6 mois ou qui n'ont pas souhaité remplir le questionnaire.

4. Présentation de l'auto-questionnaire

L'auto-questionnaire a été rédigé par le Dr Bonnet Bénédicte. Le DMG a validé son utilisation pour ma thèse dans le cadre d'un atelier thèse à la faculté de médecine de Nantes.

L'auto questionnaire est en 4 parties :

- Données générales : Sexe, âge, orientation sexuelle, source de découverte de la PrEP, utilité de l'accompagnement AIDES.
- Avant la PrEP : Données comportementales sexuelles et addictives, consultation avec un proctologue, besoin de rencontrer un sexologue, psychologue, addictologue, psychiatre ou autre spécialiste, évaluation de la qualité de vie sexuelle et générale entre 0 et 10.
- Depuis la PrEP : Données relatives au traitement (durée, schéma, tolérance) ; changement dans le nombre de partenaires ; changement dans l'utilisation du préservatif ; changement dans la consommation de drogues ; rencontre avec un proctologue, sexologue, psychologue, addictologue, psychiatre ou autre spécialiste ; diagnostic d'IST ; satisfaction dans la prise en charge des IST au CeGGID ; évaluation de la qualité de vie sexuelle et générale ; sentiment d'être plus en sécurité, commentaires sur les changements dans la vie, évaluation des prises de risque de 0 à 10, intérêt pour la santé de 0 à 10.
- Satisfaction des PrEPeurs : Utilité des consultations médicales ; utilité des consultations infirmières ; souhait de poursuite du suivi au CHU ou par le médecin traitant. Dans cette dernière partie les PrEPeurs pouvaient commenter leurs réponses.

La plupart étaient des questions à choix fermé, de type multi dichotomique à réponse(s) unique ou multiples. Pour la qualité de vie sexuelle et générale avant et après la PrEP ainsi que pour les prises de risques et l'intérêt pour la santé, des échelles analogiques ont été utilisées. La fin était constituée de questions ouvertes pour permettre une plus grande liberté d'expression. Le questionnaire est présenté en Annexe 1.

5. Modalités de recueil

Les patients étaient informés en début de questionnaire de l'anonymat des réponses et qu'aucune réponse n'était obligatoire. Les questionnaires des PrEPeurs inclus ont été remplis rétrospectivement pour la partie avant la PrEP.

6. Statistiques

Les PrEPeurs ayant noté leur qualité de vie sexuelle avant et après la PrEP, nous avons pu utiliser un test de student pour données appariées afin de déterminer si la qualité de vie sexuelle et générale avait évolué de façon positive depuis la PrEP.

Pour cela nous avons utilisé le logiciel Excel qui m'a permis de réaliser un test de student pour données quantitatives appariées.

Le reste des questions a été traité sous forme de pourcentages afin de dégager des tendances.

Les commentaires des PrEPeurs ont été incorporé de façon informative en les résumant dans la discussion et en les reportant tels quels en annexe.

Les questions de la source de découverte la PrEP et de l'utilité de l'association AIDES n'ont pas été traitées car elles ne correspondaient pas au sujet de cette étude.

PARTIE III : RESULTATS

1. Description de la population, données comportementales sexuelles et addictives avant la PrEP

Le nombre de sujet est de 62. L'âge médian est de 42 ans, la moyenne d'âge de 40 ans, l'âge minimum de 21 ans et l'âge maximum de 63 ans.

Caractéristiques		Effectif, n	%
Sexe	Homme	62	100
	Femme	0	0
	Trans	0	0
Orientation sexuelle	HSH	61	98,4
	HSF	0	0
	HSH et HSF	1	1,6
Nombre de partenaires dans les 6 mois précédents la PrEP	0-1	0	0
	2-4	5	8,1
	5-9	11	17,7
	>10	46	74,2
Pratique des rapports oraux	Actif et passif	49	79
	Actif	6	9,7
	Passif	5	8,1
	Non concerné	2	3,2
Pratique des rapports anaux	Actif et passif	43	69,4
	Actif	10	16,1
	Passif	9	14,5
	Non concerné	0	0
Utilisation du préservatif pour les rapports oraux avant la PrEP	Jamais	58	93,5
	Rarement	0	0
	Souvent	1	1,6
	Toujours	0	0
	Non concerné	2	3,2
	Non renseigné	1	1,6

Utilisation du préservatif pour les rapports anaux avant la PrEP	Jamais	3	4,8
	Rarement	26	41,9
	Souvent	25	40,3
	Toujours	8	12,9
	Non concerné	0	0
Chemsex	Oui	21	33,9
	Non	41	66,1
Voie d'administration des drogues	Orale	10	8,1
	Nasale	19	19,4
	Injectable	1	1,6
Partage de matériel pour la prise de drogues	Oui	6	9,7
	Non	12	19,4
	Ne sait pas	1	1,6
	Non renseigné	2	1,6
Pratiques sexuelles « hard » (fist/en groupe/avec du sang)	Oui	30	48,4
	Non	32	51,6
Recours au TPE dans les 6 derniers mois	Oui	15	24,2
	Non	46	74,2
	Non renseigné	1	1,6
Victime de violence sexuelle ou de relation non consentie	Oui	5	8,1
	Non	56	90,3
	Non renseigné	1	1,6
Relation sexuelle en échange d'argent, de logement, de nourriture, de produits ou autre	Oui	5	8,1
	Non	57	91,9

Tableau 2 : Données comportementales sexuelles et addictives avant la PrEP

2. Traitement

2.1 Durée de traitement

67,7 % des patients prenaient la PrEP au moins 6 mois et 32,3 % des patients prenaient la PrEP depuis plus de 12 mois.

2.2 Schéma de prise

30,6 % prenaient la PrEP de façon intermittente, 46,8 % de façon continue et 22,6 % alternaient entre une prise continue et une prise intermittente.

2.3 Tolérance

Aucun effet indésirable n'a été déclaré pour 93,5 % des patients, 4,8 % déclaraient un effet indésirable : intolérance au lactose, nausées, diarrhées ou fatigue, et 1,6 % n'ont pas répondu à la question. Il n'a été constaté aucun arrêt pour intolérance.

3. Evolution de la qualité de vie

Afin d'étudier si il y a une amélioration de la qualité de vie depuis la PrEP, nous avons utilisé un test de student pour données appariées, il permet de comparer la moyenne de 2 séries ayant un lien. Les patients ont noté leur qualité de vie sexuelle et générale avant la PrEP sur une échelle de 0 à 10 puis leur qualité de vie sexuelle depuis la PrEP sur une échelle de 0 à 10.

Un des participants n'ayant pas coté la qualité de vie sexuelle depuis la PrEP le nombre de sujet est de 61.

Nous avons utilisé un test de student unilatéral :

L'hypothèse nulle étant $H_0 : \mu_a = \mu_b$

L'hypothèse alternative $H_1 : \mu_a < \mu_b$

Le nombre de sujet étant supérieur à 30 nous n'avons pas eu besoin de vérifier que la distribution suivait une loi normale. Le test statistique est défini comme :

$$t = \frac{m}{s/\sqrt{n}}$$

m et s représentent la moyenne et l'écart-type de la différence d entre les 2 séries et n le nombre de sujets. On cherche sur la table de student le t pour un risque alpha=0,05, ici le t=1,671 (on recherche dans la table pour un ddl=n-1 soit ici 60).

3.1 Evolution de la qualité de vie sexuelle

	Qualité de vie sexuelle avant la PrEP	Qualité de vie sexuelle depuis la PrEP
Nombre de sujets	61	61
Moyenne	6,92622950819672	8,11475409836066

Différence de moyenne observée	- 1,18852459016393
Variance des différences	4,03469945355191
ddl	60
Stat t	- 4,62133545447775
P (T<=t) unilat	1,03586128472104E-05
t unilatéral critique	1,67064886490464

Tableau 3 : Test de student comparant la qualité de vie sexuelle avant et depuis la PrEP

p<0,05 ; on peut rejeter l'hypothèse nulle ; la différence observée entre les 2 moyennes est statistiquement significative, la moyenne des notes attribuées pour la qualité de vie sexuelle avant la PrEP est significativement inférieure à la moyenne des notes attribuées depuis la PrEP.

3.2 Evolution de la qualité de vie générale

	Qualité de vie générale avant la PrEP	Qualité de vie générale depuis la PrEP
Nombre de sujets	61	61
Moyenne	7,31147540983607	7,95081967213115

Différence de moyenne observée	-0,639344262295082
Variance des différences	2,50109289617486
ddl	60
Stat t	-3,15743761280967
P (T<=t) unilat	0,00124544909108
T unilatéral critique	1,67064886490464

Tableau 4 : Test de student comparant la qualité de vie générale avant et depuis la PrEP
 $p < 0,05$; on peut rejeter l'hypothèse nulle ; la différence observée entre les 2 moyennes est statistiquement significative, la moyenne des notes attribuées pour la qualité de vie générale avant la PrEP est significativement inférieure à la moyenne des notes attribuées depuis la PrEP.

3.3 Sentiment d'être plus en sécurité

93,6 % des patients ont déclaré se sentir plus en sécurité depuis la PrEP, 1,6 % ont déclaré ne pas sentir plus en sécurité, 3,2 % ont déclaré ne pas savoir et 1,6 % n'ont pas répondu.

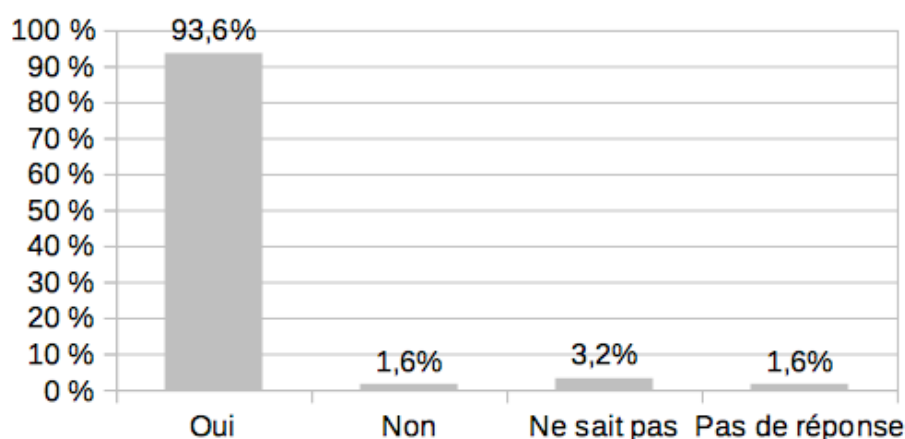


Figure 3 : Sentiment d'être plus en sécurité depuis la PrEP

3.4 Interêt pour la santé

93,5 % des résultats se trouvent au-dessus de 5/10 et 80,6 % au-dessus de 8/10.

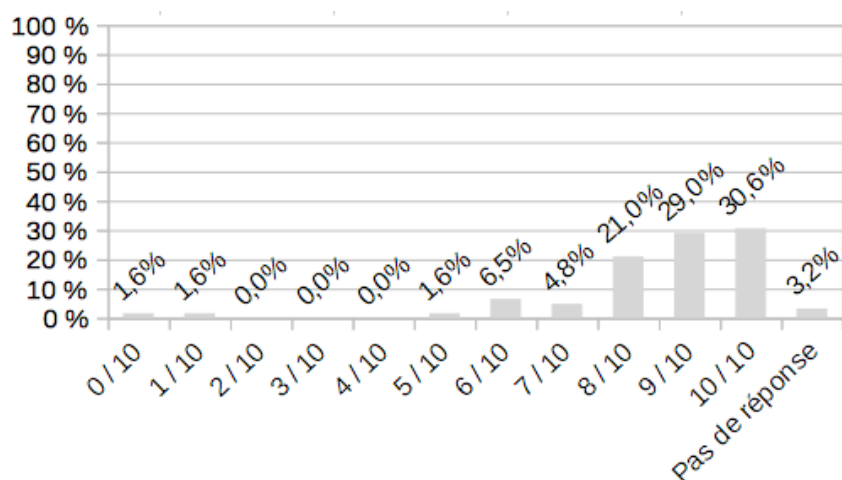


Figure 4 : Interêt de la PrEP pour la santé de 0 à 10

4. Compensation du risque

4.1 Evolution du nombre de partenaires depuis la PrEP

72,6 % des patients ont déclaré avoir autant de partenaires qu'avant la PrEP, 9,7 % des patients ont déclaré avoir moins de partenaires depuis la PrEP et 17,7 % ont déclaré avoir plus de partenaires depuis la PrEP.

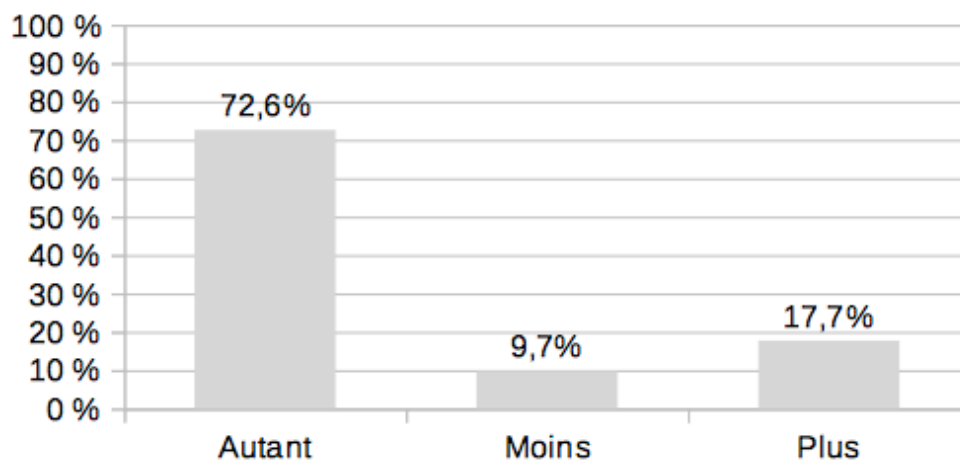


Figure 5 : Evolution du nombre de partenaires depuis la PrEP

4.2 Changement dans l'utilisation du préservatif pour les rapports anaux depuis la PrEP

46,8% ont déclaré ne pas avoir eu de changement d'utilisation du préservatif. Parmi ceux ayant déclaré avoir eu un changement d'utilisation du préservatif : 4,8 % ont déclaré ne jamais utiliser de préservatif pour les rapports anaux, 40,3 % ont déclaré l'utiliser plus rarement, 6,5 % ont déclaré l'utiliser plus souvent et 1,6 % ont déclaré toujours l'utiliser.

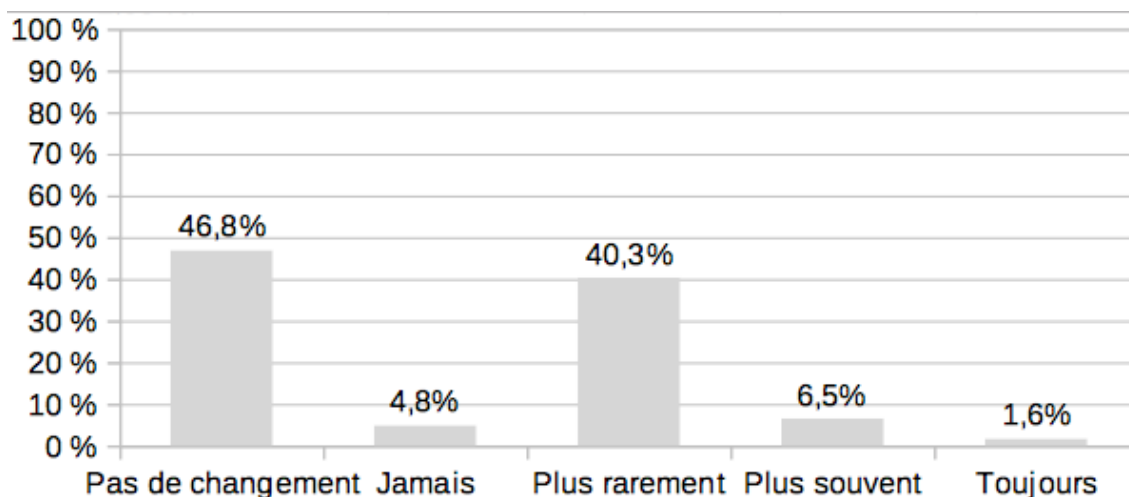


Figure 6 : Changement dans l'utilisation des préservatifs pour les rapports anaux depuis la PrEP

4.3 Changement dans la consommation de drogues depuis la PrEP

33,3 % ont déclaré avoir eu un changement de consommation de drogue, 66,6 % ont déclaré ne pas avoir eu de changement de consommation de drogue.

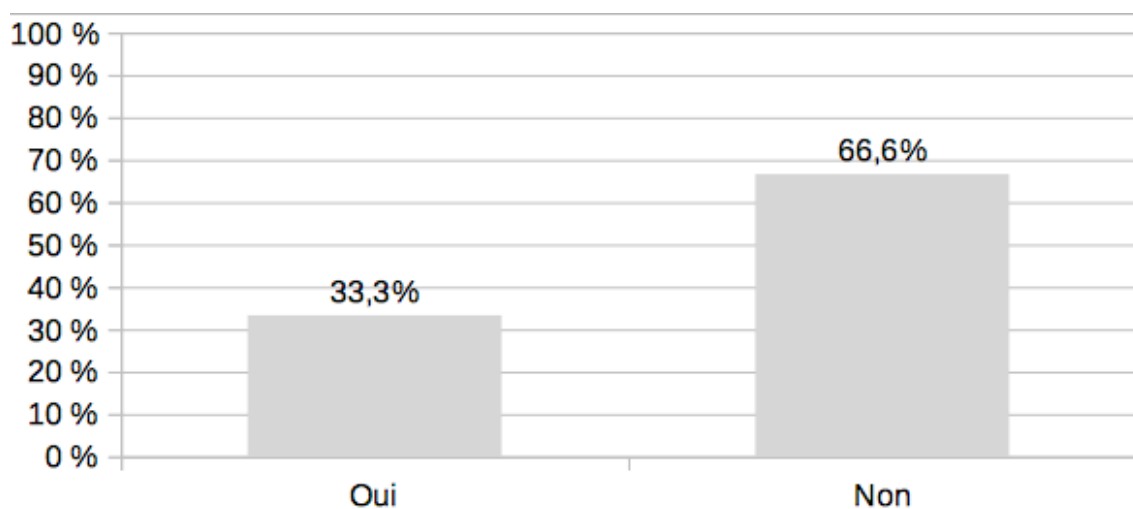


Figure 7 : Changement dans la consommation de drogues depuis la PrEP

4.4 IST depuis la PrEP

58 % des patients ont déclaré avoir eu une IST depuis la PrEP, 40,3 % ont répondu ne pas avoir contracté d'IST depuis la PrEP et 1,6 % n'ont pas répondu.

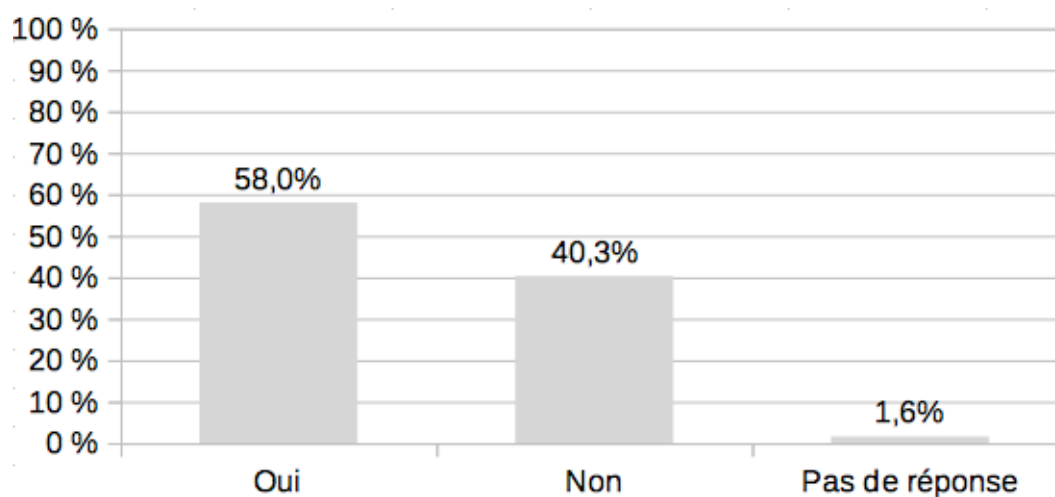


Figure 8 : IST depuis la PrEP

4.5 Prises de risques de 0 à 10

La majorité des PrEPeurs, 63 %, ont coté leurs prises de risque de 5 à 8/10.

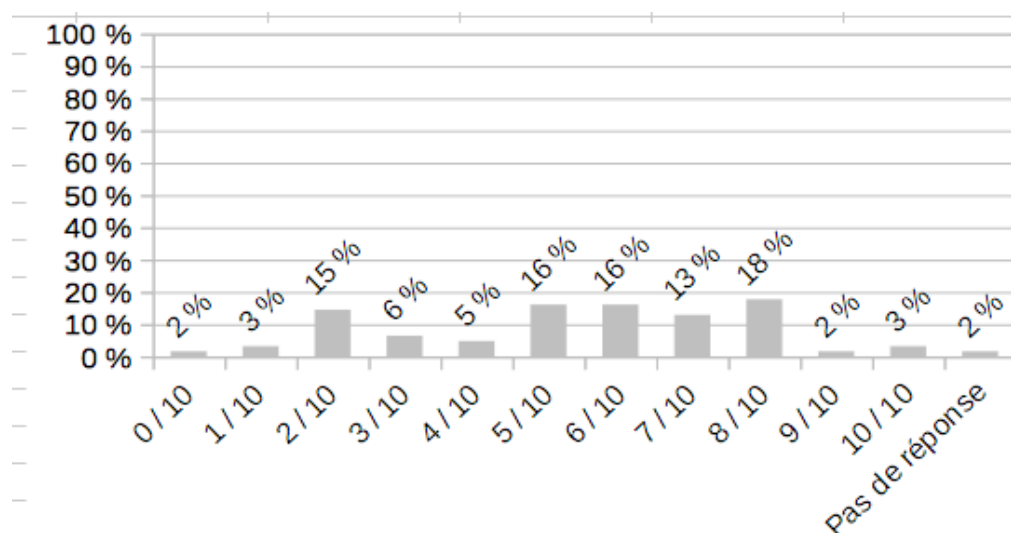


Figure 9 : Prises de risques depuis la PrEP de 0 à 10

5. Consultations spécialisées

5.1 Consultation de proctologie

Sur les 20 PrEPeurs (soit 32,3 % des PrEPeurs) ayant déclaré ne jamais avoir été en consultation de proctologie, 9 ont consulté ou pris un rendez-vous (soit 45% des PrEPeurs qui n'avait pas été en consultation).

5.2 Consultation de psychologie

Sur les 4 PrEPeurs (soit 6,5 % des PrEPeurs) ayant déclaré avoir besoin de consulter un psychologue avant la PrEP, 2 en ont consulté un (soit 50 % des PrEPeurs ayant déclaré en avoir besoin). Pour les 2 autres PrEPeurs, 1 n'a pas répondu à la question lui demandant si il avait pu en consulter un et l'autre a répondu finalement « pas de besoin » après la PrEP.

5.3 Consultation de sexologie

Sur les 7 PrEPeurs (soit 11,3 % des PrEPeurs) ayant déclaré avoir besoin de rencontrer un sexologue avant la PrEP, 5 (soit 71 % des PrEPeurs ayant déclaré en avoir besoin) ont pu consulter un sexologue, les 2 autres PrEPeurs n'ont pas répondu à la question qui leur demandait si ils avaient en rencontré un.

5.4 Consultation d'addictologie

Sur les 3 PrEPeurs (soit 4,8%) ayant déclaré avoir besoin de consulter un addictologue avant la PrEP, 100 % ont pu en consulter un.

5.5 Consultation de psychiatrie

1 PrEPeurs a déclaré avoir besoin de consulter un psychiatre avant la PrEP et il a pu le consulter.

6. Satisfaction des PrEPeurs

6.1 Satisfaction de la prise en charge des IST

91,7 % des PrEPeurs ayant contracté une IST ont déclaré être satisfait de la prise en charge des IST au CeGIDD, 0 % ont déclaré ne pas être satisfait en 8,3 % n'ont pas répondu.

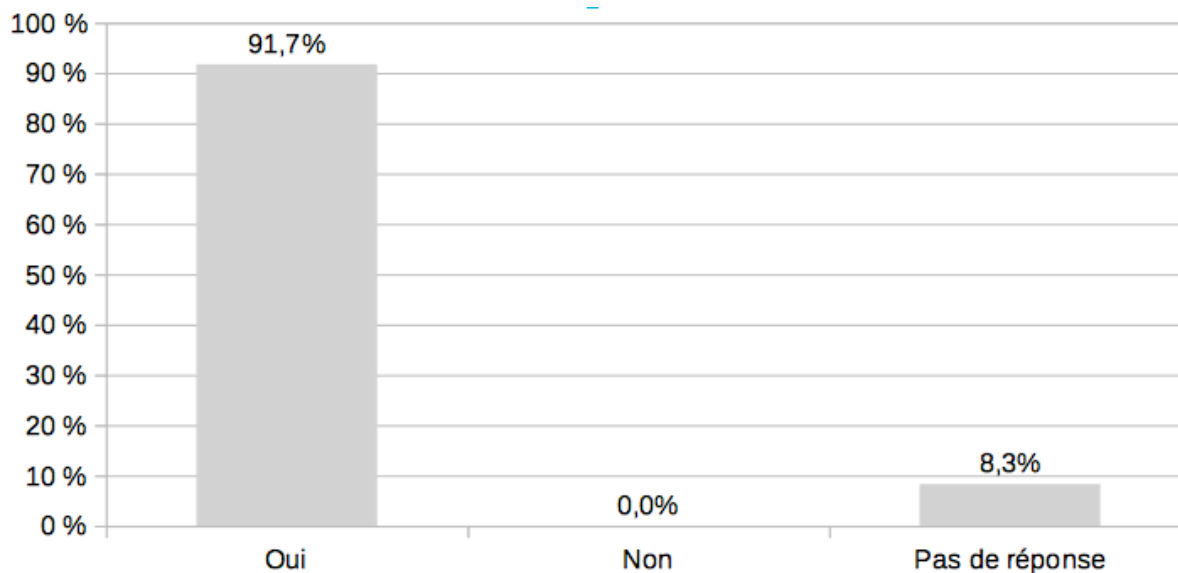


Figure 10 : Satisfaction des PrEPeurs de la prise en charge des IST au CeGIDD

6.2 Utilité des consultations médicales

95,2 % des patients ont déclaré trouver les consultations médicales utiles, aucun n'a répondu ne pas les trouver utiles et 4,8 % n'ont pas répondu.

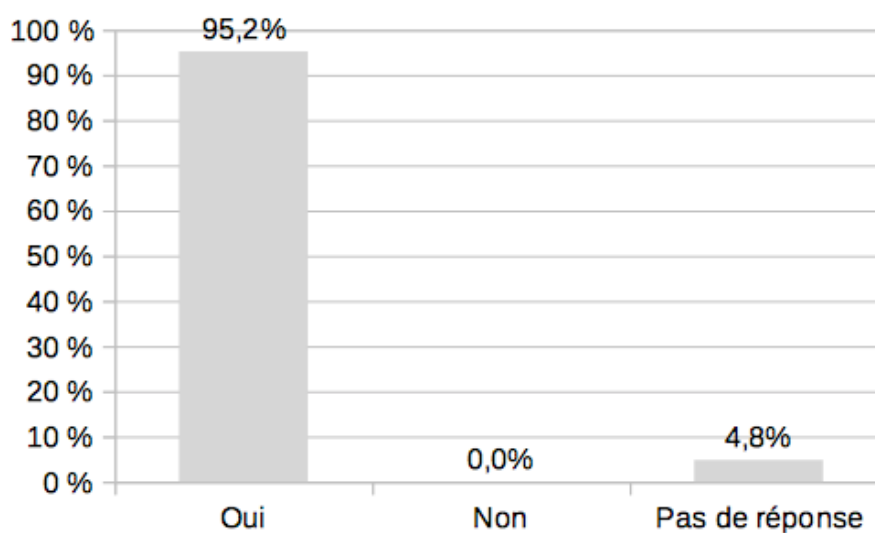


Figure 11 : Utilité des consultations médicales

6.3 Utilité des consultations infirmières

83,9 % ont déclaré trouver les consultations infirmières utiles, 6,5 % ont déclaré les trouver inutiles et 9,7 % n'ont pas répondu.

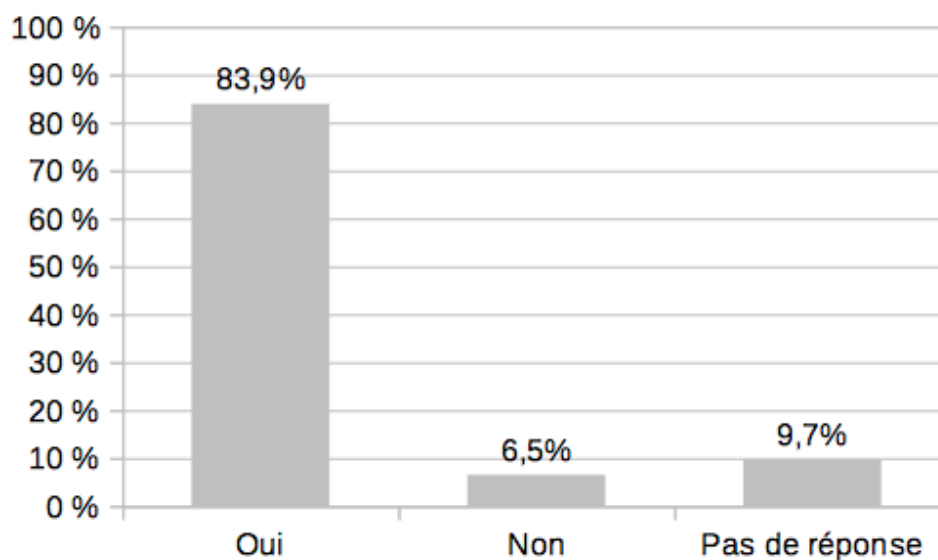


Figure 12 : Utilité des consultations infirmières

6.4 Poursuite du suivi

80,6 % des PrEPeurs ont répondu souhaiter poursuivre leur suivi au CHU, 9,7 % ont répondu par leur médecin traitant, 1,6 % ont répondu les deux et 8 % n'ont pas répondu à la question.

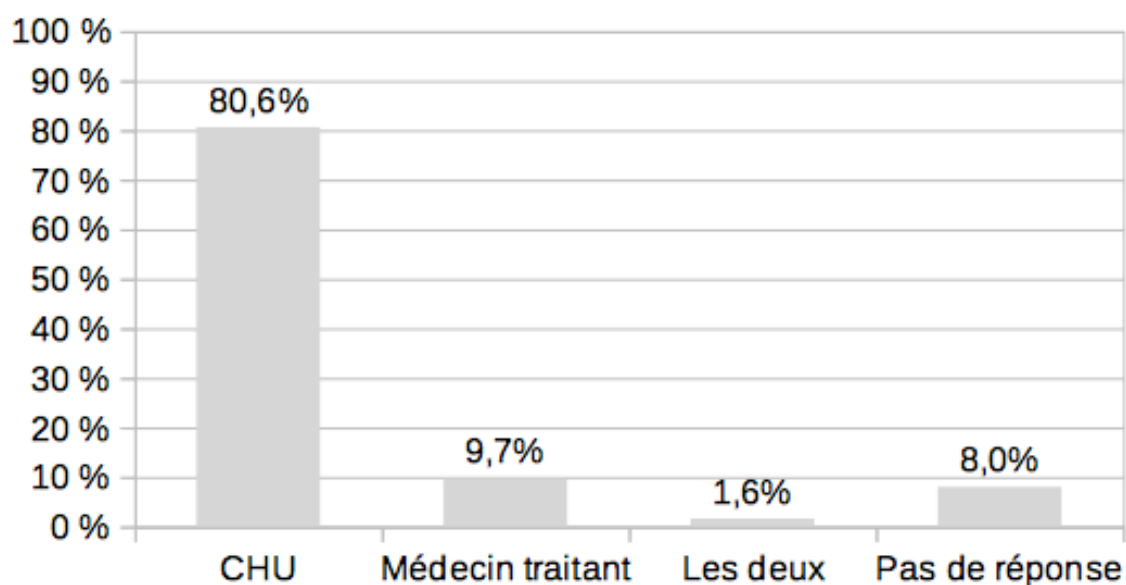


Figure 13 : Souhait pour la poursuite du suivi

PARTIE IV : DISCUSSION

1. Forces, faiblesses et biais de l'étude

Le questionnaire a été rédigé par le Dr Bonnet Bénédicte afin d'avoir un retour sur le travail du service et d'améliorer la prise en charge. Bien que le questionnaire n'ait pas été rédigé dans l'objectif d'en faire une thèse, nous avons décidé de nous en servir car il apporte les premières données sur la mise en place de la consultation PrEP. Ces données sont nombreuses, brutes et originales puisque c'est le premier travail sur la consultation PrEP au CHU de Nantes, cela constitue la force de l'étude.

La question sur la qualité de vie qui a été cotée avant et après a pu faire l'objet d'une analyse statistique. Il aurait été intéressant d'avoir le nombre de partenaires depuis la PrEP afin de pouvoir l'analyser également. Certaines questions comme le changement dans la consommation de drogues manquaient de précisions puisque si les patients répondaient oui sans commenter il était impossible de savoir si leur consommation avait augmenté ou diminué.

Les principaux biais que l'on peut relever sont le biais de mémorisation puisque la partie avant la PrEP a été incluse de manière rétrospective et le biais de désirabilité sociale puisque les patients, bien que le questionnaire soit anonyme, savaient que leurs réponses seraient lues par le médecin.

Nous allons maintenant développer les principaux résultats de l'étude.

2. Impact positif de la PrEP sur la santé mentale

Depuis les années 1970, la qualité de vie est étudiée dans le domaine de la santé. Le critère de survie ou de morbidité n'apparaît plus suffisant pour évaluer le progrès médical, et l'intérêt de prendre en compte des éléments subjectifs traduisant le point de vue des patients devient indispensable (30).

La qualité de vie est multifactorielle. Elle est défini par l'OMS comme « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement (31). »

On voit dans cette définition que l'état psychologique est un des composants de la qualité de vie. La population HSH a un risque plus élevé que la population générale de développer des symptômes anxio-dépressifs. Des chercheurs de l'université UCLA à Los Angeles ont étudié les symptômes dépressifs et l'usage de drogues dans une cohorte d'HSH séropositifs et séronégatifs. Ils ont démontré que la prévalence des symptômes dépressifs était relativement élevée chez les HSH, encore plus chez les séropositifs que les séronégatifs (38% vs. 31%; p value=0.02), particulièrement les usagers de drogues, surtout ceux consommant de l'héroïne et de la méthamphétamine (32). »

Dans notre étude nous avons mis en évidence que la qualité de vie sexuelle et générale s'était significativement ($p < 0,05$) améliorée depuis la PrEP (respectivement +1,2/10 et +0,6/10). 93,6 % des participants ont déclaré se sentir plus en sécurité depuis la PrEP et 80,6 % des participants ont coté l'intérêt pour leur santé $> 8/10$. Dans les commentaires sur le changement dans leur vie on peut relever une diminution de l'anxiété, plus de réflexion globale sur le sens de la vie, plus d'assurance dans les relations sexuelles, une amélioration de la vie sexuelle, une disparition du stress lié au VIH, un attachement à une relation régulière plutôt qu'épisodique. Un patient parle du sentiment de libération de ne plus avoir à mettre de préservatif, un autre dit l'utiliser plus souvent, d'autres ne rapportent pas de changement ou juste plus de sérénité.

D'autres études confirment cet impact bénéfique de la PrEP sur la santé mentale.

Une étude australienne et néo-zélandaise a démontré que la PrEP réduisait l'anxiété chez les hommes gays et bisexuels. Les plus exposés à l'anxiété étaient les personnes âgées de moins de 25 ans et/ou qui déclaraient avoir des rapports anaux non protégés. Les utilisateurs de PrEP avaient des scores d'anxiété moins élevés que les non-utilisateurs (aOR=0.91; 95%CI: 0.85-0.97) (33).

Une autre étude, américaine, du collège Hunter de New-York s'est également intéressée à l'impact de la PrEP sur l'anxiété et l'inquiétude par rapport au VIH. Dans le groupe PrEP, l'inquiétude par rapport au VIH et l'anxiété ont diminué de façon significative au cours du suivi, surtout à l'initiation du traitement contrairement au groupe non-PrEP (personnes qui avaient une indication à la PrEP mais qui n'ont pas souhaité commencer le traitement) (34).

Dans notre étude, la note était globale. Il serait intéressant d'étudier plus en détail cette qualité de vie. C'est dans cet objectif là qu'une étude qualitative par focus groupe a été mise en place pour évaluer la qualité de vie sexuelle et la satisfaction des personnes ayant recours au dispositif CeRRise en 2019 mais également d'opérationnaliser la notion de qualité de vie sexuelle et de comprendre les dimensions qui en font partie. En effet, non seulement les variables médicales, mais aussi des facteurs psychosociaux (tels que les comportements à risque, la stigmatisation, etc.), ont un impact sur la qualité de vie des participants et nécessitent d'être pris en compte. Trois éléments vont être explorés par la mise en place d'une série de focus groups : évaluation de la perception des risques, évaluation de la satisfaction liée au recours du dispositif CeRRise, appréhension du rôle de la stigmatisation.

3. De nouveaux défis de prévention

Dans notre étude, les PrEPeurs ont souvent plusieurs indications à la PrEP. 74,2 % rapportent plus de 10 partenaires durant les 6 derniers mois, ils pratiquent tous les rapports anaux avec la moitié des PrEPeurs qui déclarent ne jamais ou rarement utiliser le préservatif pour ces rapports. Ils sont 93,5 % à déclarer ne jamais l'utiliser pour les rapports oraux.

33,9 % pratiquent le chemsex, 1,6 pratiquent le slam et 9,7 % partagent du matériel pour la prise des drogues. 48,4 % déclarent avoir des pratiques dites « hard » c'est à dire le fist, les rapports en groupe ou avec du sang. 24,2 % ont eu recours au TPE dans les 6 derniers mois.

8,1 % ont déclaré avoir été victimes de violence sexuelle ou de relation sexuelle non consentie au cours de leur vie et 8,1 % ont déclaré avoir eu une relation en échange de quelque chose que ce soit de l'argent, un logement, de la nourriture ou des produits.

3.1 L'émergence du chemsex

3.1.1 En Europe

L'émergence du chemsex est constatée en Europe et dans le monde entier. L'étude EMIS « European MSM Internet Survey » constitue à ce jour la plus grande enquête réalisée auprès d'HSH. Elle interroge les pratiques sexuelles. Elle a été conduite en 2010 et à nouveau en 2017 par questionnaires en ligne dans 50 pays. On peut voir sur cette carte le pourcentage d'HSH ayant pratiqué le chemsex par pays européens. En France le pourcentage varie de 6 à 8 % des répondants (35).

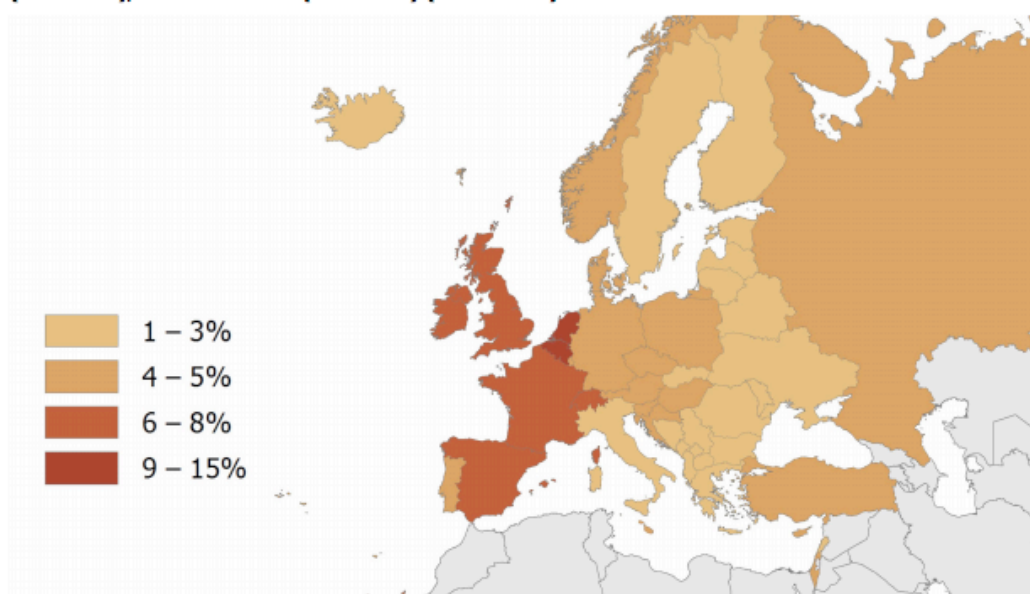


Figure 14 : Pourcentage d'HSH ayant utilisé des drogues psychoactives pour intensifier les relations sexuelles ou les faire durer plus longtemps (N=126 258) selon l'étude EMIS de 2017

3.1.2 En France

En France, l'étude Net Gay baromètre de 2013 a interrogé 17 554 HSH. Près de 7 répondants sur 10 ont déclaré avoir consommé au moins une fois une substance psychoactive (alcool ou drogue illicite) au cours des 12 derniers mois. 12,6 % d'entre eux rapportent avoir consommé au moins une fois des substances associées au chemsex (cathinones, métamphétamines, cocaïne etc.) et 1,2 % avoir pratiqué le slam (36).

En 2015, une enquête sociodémographique intitulée « Prevagay » a été menée en 2015 à Lille, Paris, Lyon, Montpellier et Nice avec comme objectif principal d'estimer la prévalence du

VIH parmi les HSH fréquentant les lieux de sociabilité gay. L'enquête explorait le profil sociodémographique, les pratiques sexuelles au cours des 12 derniers mois (nombre de partenaires, type de pratiques), la prévention VIH, VHC et IST, la santé mentale, le contexte de consommation des substances psychoactives. 9.1% des 2,646 participants ont déclaré consommer des cathinones, du GHB/ GBL, des amphétamines et des méthamphétamines, de la cocaïne, de la kétamine, du crack et de la MDMA, de manière systématique ou fréquente dans les 12 derniers mois, avant ou pendant les rapports sexuels. Parmi les chemsexuels, la prévalence du VIH est plus élevée (34.7% vs 12.2%), celle du VHC (2.6% vs 0.5%), et celle des IST (40% déclarent avoir eu une IST lors de la dernière année vs 15.5%) également. Les chemsexuels déclarent plus de pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels de statut VIH différent ou inconnu (48.8% vs 25.8%) plus de pratiques BDSM (31.6% versus 11.6%), incluant la pratique du fist (18.1% vs 38.3%) (37).

Dans notre étude 33,9 % ont déclaré avoir déjà consommé une drogue psychoactive au cours des rapports sexuels ; Ce chiffre est plus élevé que celui retrouvé dans les études. Cette différence est due au biais de recrutement puisque nous avons interrogé des HSH prenant la PrEP alors que les études présentées au-dessus s'adressaient à l'ensemble des HSH acceptant de remplir le questionnaire.

Tous les usages de drogues dans le cadre de relations sexuelles ne conduisent pas nécessairement à des prises de risque, mais les chiffres soulignent l'importance de l'existence de professionnels de santé formés à la prise en charge des problématiques sexuelles et d'usage de drogues afin de permettre une libération de la parole et la mise en place de mesures de réduction des risques auprès des publics en difficulté face à leurs consommations. Ces pratiques illégales et stigmatisées sont souvent difficiles à révéler auprès des professionnels de santé. Il s'agit de prendre en compte le sens accordé par les personnes à leurs pratiques, d'intégrer la dimension du plaisir au-delà de la pathologisation des pratiques et de favoriser la prise de pouvoir des personnes sur leur santé.

3.2 Une tendance à la compensation du risque

Dans notre étude, la plupart des PrEPeurs , 72,6 %, ont déclaré ne pas avoir eu plus de partenaires sexuels depuis la PrEP. Pour les rapports anaux, 46,8 % n'ont pas déclaré de changement et 40,3 % ont déclaré utiliser le préservatif plus rarement. 66,6 % des patients ont

déclaré ne pas avoir eu de changement dans la consommation de drogues. 58 % ont contracté une IST depuis la PrEP. Il est difficile d'analyser la compensation du risque sur les IST et la consommation de drogues n'ayant pas de chiffre de référence avant la PrEP.

Les commentaires sur le changement dans la consommation de drogues ne sont pas très informatifs : « poppers systématique ; sniff ; moins, presque nul ; augmenté ; ne consomme plus ; pas de consommation les 8 derniers mois ; plus de MDMA. »

On constate une tendance à la stabilité du nombre de partenaire et à une diminution ou à une stabilité d'utilisation du préservatif suite à l'introduction de la PrEP (respectivement 40,3 % et 46,8%).

Dans les premiers essais, aucune compensation du risque n'avait été mise en évidence mais les essais étaient réalisés en aveugle, le patient ne savait pas si il recevait la PrEP ou un placebo. Il est plus intéressant d'étudier la compensation du risque chez les patients qui savent qu'ils sous son PrEP.

En 2018, une analyse systématique et méta-analyse des effets de la prophylaxie pré-exposition pour la prévention de l'infection par le VIH sur les comportements sexuels anaux à risque chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a été réalisée par le Dr Traeger et son équipe (38). Les auteurs de cette étude ont évalué l'impact de la PrEP sur les risques sexuels chez les HSH en procédant à une analyse systématique des essais en ouvert et des études observationnelles publiées jusqu'en août 2017 et faisant état des diagnostics d'IST, de l'utilisation de préservatifs et du nombre de partenaires sexuels dans le contexte de l'utilisation de PrEP continue par voie orale chez les HSH séronégatifs et les femmes transgenres.

L'utilisation de la PrEP a été associée à une augmentation significative des infections rectales à chlamydiae ([OR]=1.59 ; IC 95 % 1.19-2.13 ; p=0,002) et à une augmentation des diagnostics d'IST (OR = 1.24; IC 95 % 0.99-1.54; p=0.059). Dans d'autres études, l'augmentation des diagnostics de syphilis, chlamydiae et gonorrhée n'était pas significative quel que soit le site anatomique. L'association entre l'utilisation de la PrEP et les diagnostics

d'IST a été plus marquée dans les études les plus récentes. L'augmentation des IST anorectales suggèrent une augmentation des rapports anaux non protégés. La plupart des études ont mis en évidence une augmentation des rapports sexuels sans préservatif chez les utilisateurs de PrEP.

L'étude ANRS Prevenir lancée en mai 2017 à Paris, compare la Prep à la demande (53 % des personnes) versus en continu (39). Elle complète l'étude ANRS IPERGAY qui manquait de données sur la PrEP à la demande « dans la vraie vie ». Le rapport intermédiaire de l'étude confirme l'efficacité de la PrEP à la demande, aucune contamination n'a été constatée, soit théoriquement 85 contaminations évitées. La moyenne d'âge est de 37 ans, la moitié d'entre eux n'a pas de partenaire sexuel régulier, 57% ont une expérience de PrEP et 15,8% pratiquent le chemsex. Le nombre d'actes sexuels sans préservatif le mois précédant l'étude est de 3 (1-8) pour le groupe PrEP en prise continue, de 2 (0-4) pour le groupe PrEP à la demande, le nombre de partenaires sexuels dans les 3 mois précédant l'étude est de 15 (7-25) pour la groupe PrEP en prise continue et de 10 (5-15) pour le groupe PrEP à la demande. Il a été constaté une tendance à la compensation du risque.

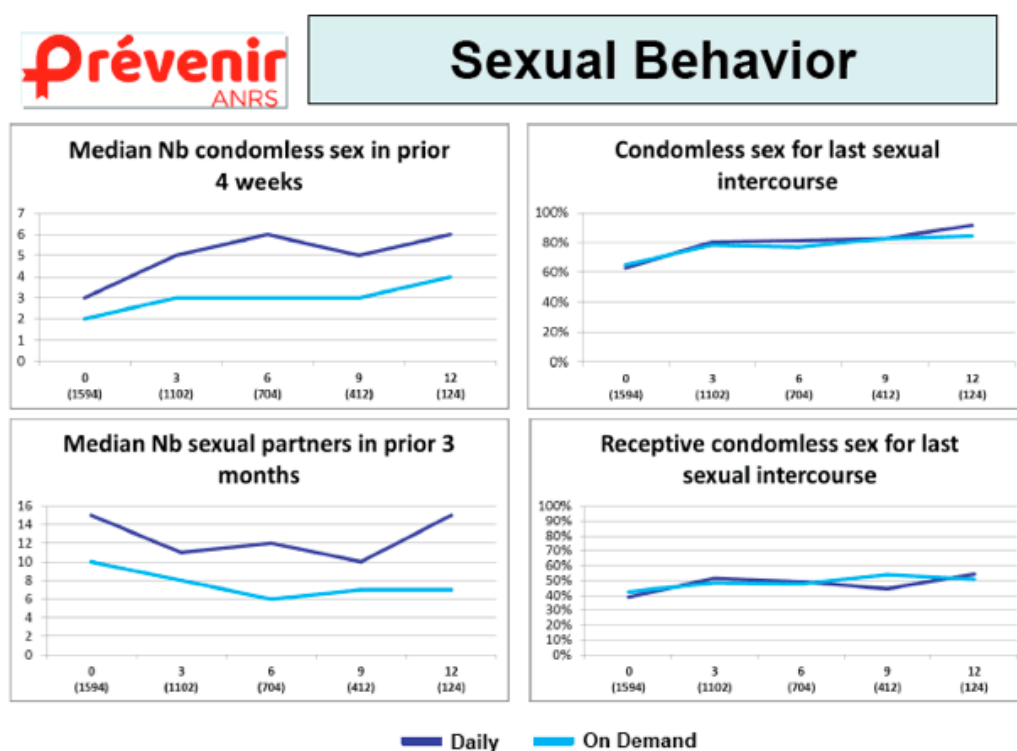


Figure 15 : Comportement sexuel au cours de l'étude ANRS Prevenir

Lors du dernier rapport sexuel étudié, 89,2 % ont utilisé la PrEP ; de façon correcte pour 96,1 % ; et 20,4 % ont utilisé un préservatif.

On observe dans les études une tendance à la compensation du risque mais cela ne remet pas en cause l'utilité de la PrEP. Il ne faut pas penser l'outil PrEP dans un rapport de concurrence avec l'outil préservatif mais comme une diversification des moyens de prévention. La PrEP intervient dans un contexte d'abandon du préservatif car il ne convient plus aux pratiques et à un souhait d'avoir une sexualité épanouie, avec du plaisir mais également de la sécurité.

Afin de répondre à ces nouveaux défis de prévention une nouvelle conception de la prévention émerge : la prévention combinée et individualisée.

4. Une nouvelle conception de la prévention

Une nouvelle conception de la prévention à la fois combinée et individualisée apparaît, afin de permettre une évolution du discours et de l'offre de prévention.

4.1 Une prévention combinée

La prévention combinée repose sur la prévention biomédicale dont fait partie le dépistage et les différents usages préventifs des traitements ; sur la prévention comportementale qui cherche à changer les comportements individuels et collectifs ; et sur la prévention structurelle qui agit de façon plus large sur les facteurs sociaux, économiques, juridiques, culturels et éducatifs (40).

4.2 Une prévention individualisée

La prévention individualisée permet de s'adapter aux individus. Pour certains, la PrEP permet de sécuriser les prises de risques occasionnelles avec un objectif de protection maintenu fondamentalement mais qui peut être remis en question dans des circonstances particulières et permet ainsi de vivre ces situations de façon moins angoissante et plus sécurisée. Alors que

dans les groupes avec préoccupations de protection faibles, avec des prises de risque fortement liées à des constructions du désir sexuel et du plaisir tels que l'analité, le contact oral avec le sperme, le multi partenariat ou la consommation de psychotropes qui sont en incompatibilité avec port de préservatif, cette prévention n'est pas dans un objectif de protection optimale mais plutôt de réduction des risques (40).

La prévention individualisée permet de desserrer de façon assumée les contraintes de la prévention conventionnelle, d'accompagner à moindre risque cette évolution des pratiques dans une perspective de maîtrise plutôt que de rupture des efforts de prévention.

Cette nouvelle conception de la prévention a pour but de renforcer l'autonomie des personnes. Afin d'être combinée, c'est-à-dire non seulement biomédicale mais également comportementale, elle fait appel à des spécialités telles que la psycho-sexologie ou l'addictologie.

4.3 L'orientation vers les consultations spécialisées

4,8 % des PrEPeurs ont déclaré ressentir le besoin de rencontrer un addictologue alors que 33,9 % des PrEPeurs pratiquent le chemsex. Devant la montée du chemsex, il est important d'intégrer cette discipline d'addictologie à la prise en charge. Un partenariat avec l'addictologie existe déjà, les membres de l'équipe ont été sensibilisés à ces nouvelles pratiques, à aborder la question avec les personnes, à les orienter et à les informer sur les produits. Un médecin addictologue va se former à la prescription de la PrEP afin d'envisager de pouvoir la prescrire au sein de son unité.

L'orientation vers la consultation de psycho-sexologie est systématiquement proposée. 11,3 %, 4,8 % et 1,6 % des PrEPeurs ont déclaré avoir besoin de rencontrer respectivement un psychologue, un sexologue et un psychiatre. Est-ce une absence de besoin ou bien un besoin non ressenti ?

Les objectifs de la thérapie sont :

- explorer dans quel contexte ils utilisent le sexe : où, quand, pourquoi, comment, fréquence...
- explorer l'existence ou pas, d'autres ressources
- introduire la nécessité de changer
- les inciter à vivre d'autres expériences, en dehors du sexe pour permettre l'exploration de ressources nouvelles
- introduire la notion de choix (entre plusieurs solutions possibles).

Les patients rencontrés en sexologie témoignent souvent d'une perte de liberté face à l'utilisation des applications de rencontre, des drogues et du sexe avec un phénomène d'addictions multiples qui s'installe car dans ce contexte le sexe est très facile, peu coûteux, immédiat, familier, excitant, apaisant, identitaire. Ceux rencontrés semblent prendre un peu de recul sur leur situation. 6,5 % des patients ont déclaré utiliser plus souvent le préservatif pour les rapports anaux et certains l'ont mentionné dans les commentaires : « plus d'utilisation du préservatif, moins de blocages liés à l'utilisation du préservatif » (totalité des commentaires en annexe 2). Le suivi permet de réfléchir sur ses pratiques et parfois de les modifier.

4.4 Quel accompagnement psychologique proposer ?

La recherche est encore insuffisante pour établir quelles sont les interventions les plus bénéfiques pour accompagner la réduction des risques sexuels et liés aux usages de drogues parmi les chemsexuels. En 2008, une revue systématique de la littérature publiée dans la revue Cochrane a montré que les interventions suivant une orientation comportementale dans leur ensemble avaient montré leur intérêt dans la réduction des pénétrations anales non protégées parmi l'ensemble des HSH et pas seulement parmi les chemsexuels, en particulier quand elles visent un renforcement des aptitudes propres à chaque personnes quant à se protéger (41). En 2014, une nouvelle revue systématique de la littérature relative à l'impact de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) visant la réduction des risques de contracter le VIH parmi les HSH usagers de drogues, montre qu'elle a un bénéfice à court terme sur la réduction de pénétrations anales non protégées y compris parmi les usagers périodiques de drogues. A un

an de distance, l'impact positif des TCC considérées est moins marqué et probablement de même envergure que d'autres types d'interventions selon les auteurs (42).

En 2014, une étude randomisée a montré l'intérêt d'un modèle d'intervention brève basé sur un conseil comportemental personnalisé sur les prises de risques sexuels parmi les usagers de drogues mais non dépendants aux produits (43).

Ce modèle se rapproche de la CBS « Communication Brève en Sexualité » utilisée au sein de l'unité CeRRISe.

L'introduction de la PrEP renforce la médicalisation de la sexualité qui a commencé depuis des décennies. Les PrEPeurs doivent venir régulièrement en consultation, se faire dépister, la PrEP n'est pas dépourvue de contraintes. Il en découle l'importance de l'accueil que nous leur réservons, pour que la parole soit libérée, que la stigmatisation et le jugement disparaissent afin de redonner aux patients le pouvoir. C'est pour cela que l'évaluation de la satisfaction de la prise en charge est une donnée importante à évaluer.

5. Satisfaction des PrEPeurs et souhait pour la poursuite du suivi

5.1 Des PrEPeurs satisfaits

91,7 % des PrEPeurs sont satisfaits de la prise en charge des IST, 95,2 % des PrEPeurs trouvent que les consultations médicales sont utiles, 83,9 % trouvent que les consultations IDE sont utiles.

Dans les commentaires sur l'utilité des consultations médicales et infirmières on peut relever qu'ils sont satisfaits de l'écoute, des informations reçues, des interrogations qui leur permettent de se remettre en question, de la liberté de pouvoir parler de sexualité sans tabou, d'avoir des réponses à leurs questions et pour le côté rassurant et bienveillant. Certains ne comprennent pas l'utilité de doubler la consultation médicale avec une consultation infirmière, d'autres trouvent que le dialogue est plus facile avec les infirmières ou qu'il permet la continuité avec l'entretien médical. Ils apprécient de pouvoir faire les dépistages, d'avoir les résultats et les traitements au même endroit (totalité des commentaires mis en annexe).

5.2 Souhait pour la poursuite du suivi

5.2.1 Une préférence pour le suivi au CHU

80,6 % des PrEPeurs préfèrent continuer leur suivi au CHU, 9,7 % souhaitent continuer leur suivi auprès de leur médecin traitant.

Dans les commentaires pour la poursuite du suivi en faveur du CHU on peut relever que les PrEPeurs trouvent pratique d'avoir la prescription et les dépistages au même endroit, qu'ils considèrent que ce type de suivi est une spécialité, que les médecins du centre connaissent mieux les problématiques gays, qu'ils sont plus au courant des « nouveautés », qu'ils souhaitent maintenir la continuité du suivi maintenant que leur dossier est au CHU. Ils disent qu'ils ne seraient pas à l'aise avec leur médecin traitant, qu'ils ont peur d'être jugés, qu'ils ne souhaitent pas faire la consultation et les prélèvements à plusieurs endroits, certains rapportent ne pas avoir de médecin traitant.

Dans les commentaires en faveur de la poursuite du suivi par leur médecin traitant, certains rapportent que leur médecin est intéressé par le sujet, que cela serait plus pratique par la proximité géographique, que cela libérerait des créneaux au CHU pour d'autres patients.

Dans les commentaires sur les modifications à effectuer on note qu'un patient trouve les consultations de psycho-sexologie très utiles et qu'il souhaiterait qu'il y en ait plus, d'autres souhaiteraient que le secrétariat soit plus joignable ou plus discret, un autre patient regrette la permanence AIDES qui avait lieu avec IPERGAY.

5.2.2 Aborder la sexualité en médecine générale

La prise en compte de la santé sexuelle d'un patient fait partie des missions du médecin généraliste. Aborder le sujet, dépister, renouveler la PrEP, conseiller sont indispensables pour prendre soin des patients et permettre une lutte efficace contre le VIH et les autres IST ainsi

que pour permettre aux patients d'avoir une sexualité épanouie qui fait partie de la qualité de vie.

En 2008, une étude auprès d'internes en médecine générale a démontré que, dans plus de 90 % des consultations pour motif sexuel étudiées, ils avaient ressenti un besoin de formation pour prendre en charge les plaintes sexuelles. La méconnaissance du sujet et le manque de formation prédominaient sur l'aspect tabou ou « gêne ». Plus de 80 % des futurs médecins de l'échantillon estimaient ne pas avoir bénéficié de formation universitaire ou extra-universitaire sur ce thème alors qu'ils terminaient leur cursus (44).

Dans Médecine et Maladies Infectieuses de juin 2019, une enquête s'est intéressée à savoir si les patients accepteraient l'évocation de leur santé sexuelle et la prise en charge de la PrEP en médecine générale. Aucun des participants n'ont entendu parler de la PrEP par leur médecin traitant mais plutôt par le bouche à oreille, internet ou des associations. 84 % trouvent qu'il était important de parler de sexualité avec leur médecin généraliste et 48 % l'ont déjà fait. En analyse multivariée, seul le fait que le patient trouve important de parler de sexualité avec son médecin généraliste est associé au fait d'accepter le suivi de la PrEP en médecine générale ($p < 0,001$). L'étude conclue par le fait que les patients sont prêts à renouveler la PrEP en médecine générale si ce dernier est à l'aise avec l'abord de la sexualité (45).

L'intérêt de la poursuite du suivi par les médecins généralistes est également de libérer des places dans les CeGGID pour recevoir de nouveaux patients. A 30 mois d'activité, 365 personnes sous PrEP sont suivies au sein de l'unité CeRRiSe du CHU de Nantes et 767 entretiens IDE ont été réalisés en 2018. Les consultations sont pleines et il devient difficile de recevoir tout le monde.

Depuis début 2019, les personnes sont systématiquement orientées vers leur médecin traitant avec un courrier informatif, le bilan à réaliser et les coordonnées du centre. Pour la majorité des personnes cela ne pose finalement pas de difficultés. Le premier pas peut être difficile mais permet d'aborder leur vie sexuelle alors qu'il n'en avait jamais été question. La difficulté

tient parfois, pour des personnes jeunes (18/25 ans) au fait que le médecin connaît la personne depuis son enfance, la famille et que la relation est quasi paternaliste.

Mais de plus en plus de nouveaux patients adressés au centre le sont maintenant par leur médecin traitant.

Le RESPADD, réseau de prévention des addictions a mis au point un livret d'information pour les professionnel(le)s et les intervenant(e)s de santé. Il peut aider les médecins à accueillir les patients. Il rappelle l'importance d'être à l'aise et de mettre à l'aise, de ne pas juger, de mettre en œuvre de bonnes pratiques relationnelles, de questionner. Il rappelle l'importance de promouvoir des messages de réduction des risques liés à l'usage de drogues (pour toutes les consommations et en cas d'injection), de dépister et de vacciner (46).

Un article dans le bulletin de l'ordre des médecins a été diffusé en 2017 et un nouveau est prévu fin 2019 afin de poursuivre la sensibilisation.

L'information aux pharmaciens également est indispensable afin d'assurer la continuité des soins. Un document sur la PrEP avait été rédigé dans le cadre d'une thèse de pharmacie en 2016 et distribué à tous les pharmaciens via les ordres, les URPS et un article dans bulletin de l'ordre des pharmaciens.

6. Quel futur pour la PrEP ?

6.1 L'ouverture à d'autres populations

En septembre 2019, 3 femmes et 6 hommes hétérosexuels sont suivis dans l'unité. Ils n'avaient pas été inclus dans l'étude car pas encore suivis ou prenant la PrEP depuis moins de 6 mois.

L'enquête ANRS PARCOURS en 2012/2013 en Ile-de-France dans 74 services de santé a mis en évidence que 1/3 des femmes originaires d'Afrique sub-saharienne suivies pour le VIH en France avaient été infectées après leur arrivée. Sur les 156 femmes probablement contaminées

en France, 15,3% ont déclaré avoir été forcées à avoir un rapport sexuel contre leur volonté depuis leur arrivée contre 3,5% dans un groupe témoin de 407 femmes africaines séronégatives. Les femmes qui sont venues en France parce que leur vie était menacée dans leur pays d'origine sont 6 fois plus à risque de subir un rapport sexuel forcé après leur arrivée en France. Ces femmes en situation de précarité, sont amenées à accepter des rapports sexuels non souhaités en échange d'un logement ou d'une aide matérielle particulièrement suite à leur arrivée (47).

Afin d'élargir vers d'autres publics, le partenariat avec l'association AIDES est utile, des liens avec les consultations PPASS du CHU sont en cours.

6.2 Un implant PrEP

L'efficacité de la PrEP est corrélée avec une bonne observance. Comme nous l'avons vu cela requiert de bien entourer les prises de risque par la prise du comprimé dans le cas de la prise à la demande ou de prendre le comprimé tous les jours en cas de prise continue. Le risque d'oublier un comprimé est humain dans la vie de tous les jours et encore plus en cas de pratique du chemsex qui peut entraîner des défauts d'observance et donc des contaminations VIH.

2 contaminations VIH ont été observées depuis la création de l'unité, ces patients pratiquent le slam et ont eu une observance incomplète de la PrEP.

Une nouvelle piste est celle d'un implant sous-cutané, moyen déjà connu dans la contraception. La molécule contenue dans cet implant serait de l'islatravir (ISL), un inhibiteur nucléosidique de la translocation qui a demi-vie très longue de l'ordre de 50-60 heures, et son dérivé triphosphorilé une demi-vie de 120-177 heures, ce qui permet une administration orale hebdomadaire. L'implant permet de délivrer des doses équivalentes aux doses orales. D'après les modèles une concentration de 62 mg devrait permettre une efficacité pendant au moins 12 mois. Cela pourrait être une avancée majeure en terme de prévention du VIH (48).

CONCLUSION

Face aux nouveaux défis de prévention que sont l'abandon du préservatif et le chemsex, une nouvelle approche de la prévention a vu le jour. Les pratiques des soignants évoluent. Cette prévention combinée à la fois biomédicale par le dépistage, la délivrance de la PrEP et comportementale par la Communication Brève à la Sexualité, le recours à la psycho-sexologie et l'addictologie fait évoluer le discours de prévention.

Ce travail a permis de démontrer l'impact positif de la PrEP sur la santé mentale avec une amélioration de la qualité de vie générale et sexuelle chez les personnes ayant recours au dispositif CeRRISe du CHU de Nantes. Une tendance à la compensation du risque a été observée avec une diminution de l'utilisation du préservatif. Cependant, la consultation permet de dépister et traiter les IST et leur permet également d'amorcer une réflexion sur les risques engagés et la place de la sexualité dans leur vie avec pour objectif de développer leur autonomie. Ce travail a permis de montrer la satisfaction des personnes ayant recours à ce dispositif.

Même si les personnes sous PrEP dans cette étude souhaiteraient pour la plupart poursuivre leur suivi au CHU, l'ouverture vers la médecine générale est effectuée afin d'améliorer la prise en charge des personnes et de mieux les accompagner dans leur vie sexuelle ; domaine qui concerne également le médecin généraliste. Si cela est parfois difficile c'est principalement car les médecins généralistes ne sont pas formés, pas à l'aise avec ces problématiques et n'incitent pas leur patient à parler de leur santé sexuelle. Force est de constater que si le patient est informé et consentant, le lien est alors établi, le médecin est informé de la PrEP, du suivi à réaliser et des ressources potentielles. Il est également de ce fait, sensibilisé à la vaccination anti-hépatite A et HPV peu réalisées chez les HSH et à leur dépistage systématique nécessaire selon les recommandations. La formation des médecins et pharmaciens amenés à délivrer la PrEP de ville doit se renforcer et se poursuivre, afin également d'améliorer les pratiques et de pouvoir mieux accompagner nos patients dans leur vie sexuelle et dans les nouveaux modes de consommation notamment le chemsex.

BIBLIOGRAPHIE

1. ONUSIDA. Fiche d'information 2019 — Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
2. Santé Publique France. Nouvelles données de surveillance du VIH en France [Internet]. 2019. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/nouvelles-donnees-de-surveillance-du-vih-en-france>.
3. Velter A. Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée - Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. Institut de Veille Sanitaire. 25 juillet 2013.
4. Le Tallec J-Y. Bareback et construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay. 2001.
5. Néfau T, Milhet M. CHEMSEX, SLAM, renouvellement des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH. THEMA Trend - OFDT [Internet]. 2017 [cité 9 sept 2019]; Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.20250.75203>
6. Fairman W, Gogarty M. Chemsex. Peccadillo Pictures. 2015.
7. ANSM, Agence Nationale de Sûreté du Médicament. Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie préexposition (PrEP) au VIH à partir du SNIIRAM. 2017.
8. Générique de fin pour le monopole de Gilead sur le Truvada [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.aides.org/communiquer/generique-de-fin-pour-le-monopole-de-gilead-sur-le-truvada>
9. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *New England Journal of Medicine*. 30 décembre 2010;363(27):2587-99.
10. Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *New England Journal of Medicine*. 3 décembre 2015;373(23):2237-46.
11. McCormack S, Dunn DT, Desai M, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*. janvier 2016;387(10013):53-60.
12. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. *New England Journal of Medicine*. 2 août 2012;367(5):399-410.

13. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al. Antiretroviral Preexposure Prophylaxis for Heterosexual HIV Transmission in Botswana. *New England Journal of Medicine*. 2 août 2012;367(5):423-34.
14. Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, Sangkum U, Mock PA, Leethochawalit M, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *The Lancet*. juin 2013;381(9883):2083-90.
15. HAS. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par TRUVADA - Bon usage du médicament. 2019.
16. ANSM, Agence Nationale de Sureté du Médicament. Note d'information destinée à la personne consultant pour une prophylaxie pré-exposition avec truvada dans le cadre de la RTU.
17. ANSM, Agence Nationale de Sureté du Médicament. Informations importantes concernant le bon usage de l'emtricitabine/ténofovir disoproxil dans l'indication «prophylaxie pré-exposition (PrEP)» au VIH.
18. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle - Agenda 2017-2030.
19. OMS. Communication Brève relative à la Sexualité - Recommandations pour une approche de santé publique. 2016.
20. HCSP. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. 2016 [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>.
21. European Centre for Disease, Prevention and Control (ECDC). The European Men-Who-HaveSex-With-Men Internet Survey, Key findings from 50 countries, Technical Report. 2017 p. 39-40.
22. Santé publique France. Gonococcie [Internet]. 2019 [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/gonococcie.
23. Santé publique France. Chlamydiae [Internet]. 2019 [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae.
24. Santé publique France. Syphilis [Internet]. 2019 [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/syphilis.
25. Crips Ile-de-France. Papillomavirus et cancers [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossier-thematique/papillomavirus-humain-cancers/papillomavirus-cancers.htm>
26. Mboumba Bouassa RS, Bélec L, Gubavu C. High prevalence of anal and oral high risk-human papillomavirus in HIV-negative French men who have sex with men taking pre-exposure prophylaxis. Ecole Doctorale Régionale en Infectiologie Tropicale, Franceville, Gabon, Laboratoire de Virologie, Hôpital Européen Georges Pompidou, Assistance

Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) and Université Paris Descartes, Paris Sorbonne Cité, Paris, France, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Centre Hospitalier Régional d'Orléans, et le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CEGIDD) d'Orléans, Orléans, France.

27. Santé publique France. Prévalence des hépatites B [Internet]. 2019 [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatites-b-et-d/articles/prevalence-des-hepatites-b>.
28. Hépatite A – Santé publique France [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a>.
29. Hogben M, Liddon N. Disinhibition and Risk Compensation Scope, Definitions, and Perspective. *Sexually Transmitted Diseases*. Volume 12. Décembre 2008.
30. Haute Autorité de Santé. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie [Internet]. [cité 17 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie.
31. OMS. Glossaire de la promotion en santé. 1999.
32. Javanbakht M, et al. Depressive symptoms and substance use : changes overtime among a cohort of HIV-positive and HIV-negative MSM. In UCLA, Los Angeles, United States.
33. Keen P. Use of HIV pre-exposure prophylaxis reduces HIV anxiety among high risk gay and bisexual men. In The Kirby Institute, UNSW Sydney, Sydney, Australia.
34. Golub S. Modeling parallel reductions in anxiety and HIV worry among PrEP users: Evidence for mental health benefits of PrEP implementation. In Hunter College of City University of New York, Psychology, New York, United States.
35. European Centre for Disease, Prevention and Control (ECDC). The European Men-Who-HaveSex-With-Men Internet Survey, Key findings from 50 countries, Technical Report. 2017 p. 70.
36. Leobon A, Chicoine Brathwaite Y. Édition 2014 du Net gay Baromètre : Au cœur des modes de vie, des sexualités et des partages de territoires, un questionnaire renouvelé sur les enjeux en matière de santé des HSH français. 2015.
37. Velter A. PREVAGAY 2015 - Enquête de séroprévalence VIH et hépatites B et C auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay. INSERM/UPMC - UMR S 1136 Institut de Veille Sanitaire. 2015.
38. Traeger M. et al. Effects of Pre-exposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection on Sexual Risk Behavior in Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-analysis. 30 mai 2018.
39. Molina J-M, Prevenir ANRS study group, et al. Incidence of HIV-infection in the ANRS Prevenir Study in Paris region with Daily or On-Demand PrEP with TDF/FTC.

40. CNS, Conseil National du Sida. Avis sur l'intérêt potentiel du concept de prophylaxie pré-exposition au VIH/SIDA (PrEP). 2012.
41. Johnson WD, Diaz RM, Flanders WD, Goodman M, Hill AN, Holtgrave D, et al. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2008 [cité 8 sept 2019];(3). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001230.pub2/abstract>
42. Melendez-Torres G, Bonell C. Systematic review of cognitive behavioural interventions for HIV risk reduction in substance-using men who have sex with men. *International Journal of STD and AIDS*. 1 août 2014;25(9):627-35.
43. Coffin PO, Santos G-M, Colfax G, Das M, Matheson T, DeMicco E, et al. Adapted Personalized Cognitive Counseling for Episodic Substance-Using Men Who Have Sex with Men : A Randomized Controlled Trial. *AIDS and Behaviour*. 1 juillet 2014;18(7):1390-400.
44. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. *Exercer*. 19(81):49 à 51.
45. Maitre L, Prouteau J, Mulliez A, Jacomet C. Caractéristiques et parcours de soins en médecine générale des patients recevant une prophylaxie pré-exposition (PrEP). *Médecine Maladies Infectieuses*. 1 juin 2019;49(4, Supplement):S143-4.
46. Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions. *ChemSex : livret d'information pour les professionnel(le)s et les intervenant(e)s de santé*. 2016.
47. Pannetier J, Ravalihasy A, Le guen M, Lydie N, Dray-Spira R, Bajos N, et al. Forced sex, migration and HIV infection among women from sub-Saharan Africa living in France : results from the ANRS Parcours study. *J Int Aids Soc* [Internet]. 2016 [cité 11 sept 2019];19(5). Disponible sur: <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010069479>
48. Prep : Premiers résultats encourageants pour un implant annuel [Internet]. *vih.org*. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://vih.org/20190726/prep-premiers-resultats-encourageants-pour-un-implant-annuel/>

ANNEXES

Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire confidentiel, qui a pour but d'évaluer notre activité et votre perception de la consultation.

Aucune réponse n'est obligatoire ; n'inscrivez rien plutôt que de faux renseignements. Même si certaines questions vous paraissent indiscrettes, elles n'ont pour but que d'évaluer votre niveau de satisfaction et nos pratiques et de les améliorer.

Vous êtes : ☐ un Homme ☐ une Femme ☐ Transgenre

Votre âge :

Vous avez des rapports sexuels avec ☐ des femmes ☐ des hommes ☐ les deux

Le questionnaire est organisé en 3 parties :

- La première avant le début de la PrEP VIH
- La seconde depuis que vous prenez la PrEP
- La 3^e plus générale

Comment aviez-vous entendu parler de la PrEP (entourer la bonne réponse) : net / amis / association aides / autre :

Avez-vous été accompagné par l'association AIDES : oui non
Si oui, cela vous a-t-il été utile ? oui non

Avant le début de la PrEP VIH :

Sur les 6 mois précédents la prise de PrEP, combien aviez-vous eu de partenaires sexuel(le)s ?

☐ 0 ou 1 ☐ 2 à 4 ☐ 5-9 ☐ ≥ 10

Pratiquiez-vous les fellations : ☐ actif ☐ passif ☐ ne pratiquais pas

Pratiquiez-vous les pénétrations : ☐ actif ☐ passif ☐ ne pratiquais pas

Vous utilisiez le préservatif :

Pour les pénétrations : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours ☐ non concerné(e)

Pour les fellations : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours ☐ non concerné(e)

Aviez-vous déjà consommé des drogues psychoactives lors des rapports sexuels (cocaïne/ MDMA/ méphédron 3 MMC...)? ☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas

Si oui : ☐ voie orale (comprimés) ☐ nasale (paille : sniff) ☐ sanguine (seringue)
Si oui, avez-vous partagé du matériel (paille, seringue...) ? ☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas

Aviez-vous des pratiques sexuelles «hard » (à haut risque) ? (fist / en groupe / avec du sang)

oui ☐ non ☐

Aviez-vous déjà eu recours au traitement post exposition dans l'année : oui non

Aviez-vous été victime de violence sexuelle/ de relation sexuelle non consentie au cours de votre vie?

Oui non

Aviez-vous déjà eu une relation sexuelle en échange de quelque chose (argent, logement, nourriture, produits....) oui non

Si vous êtes un homme, aviez-vous déjà vu un proctologue : oui non non concerné

Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire confidentiel, qui a pour but d'évaluer notre activité et votre perception de la consultation.

Aucune réponse n'est obligatoire ; n'inscrivez rien plutôt que de faux renseignements. Même si certaines questions vous paraissent indiscrètes, elles n'ont pour but que d'évaluer votre niveau de satisfaction et nos pratiques et de les améliorer.

Vous êtes : ☐ un Homme ☐ une Femme ☐ Transgenre **Votre âge :**

Vous avez des rapports sexuels avec ☐ des femmes ☐ des hommes ☐ les deux

Le questionnaire est organisé en 3 parties :

- La première avant le début de la PrEP VIH
- La seconde depuis que vous prenez la PrEP
- La 3^{ème} plus générale

Comment aviez-vous entendu parler de la PrEP (entourer la bonne réponse) : net / amis / association aides / autre :

Avez-vous été accompagné par l'association AIDES : oui non
Si oui, cela vous a-t-il été utile ? oui non

Avant le début de la PrEP VIH :

Sur les 6 mois précédents la prise de PrEP, combien aviez-vous eu de partenaires sexuel(le)s ?

☐ 0 ou 1 ☐ 2 à 4 ☐ 5-9 ☐ ≥ 10

Pratiquiez vous les fellations : ☐ actif ☐ passif ☐ ne pratiquais pas

Pratiquiez vous les pénétrations : ☐ actif ☐ passif ☐ ne pratiquais pas

Vous utilisiez le préservatif :

Pour les pénétrations : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours ☐ non concerné(e)

Pour les fellations : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours ☐ non concerné(e)

Aviez-vous déjà consommé des drogues psychoactives lors des rapports sexuels (cocaïne/ MDMA/ méphédron 3 MMC...)? ☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas

Si oui : ☐ voie orale (comprimés) ☐ nasale (paille : sniff) ☐ sanguine (seringue)

Si oui, avez-vous partagé du matériel (paille, seringue...) ? ☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas

Aviez vous des pratiques sexuelles «hard » (à haut risque) ? (fist / en groupe / avec du sang)

oui ☐ non ☐

Aviez vous déjà eu recours au traitement post exposition dans l'année : oui non

Aviez-vous été victime de violence sexuelle/ de relation sexuelle non consentie au cours de votre vie?

Oui non

Aviez-vous déjà eu une relation sexuelle en échange de quelque chose (argent, logement, nourriture, produits....) oui non

Si vous êtes un homme, aviez-vous déjà vu un proctologue : oui non non concerné

- ☐ un addictologue
☐ un autre soutien : lequel ? :.....
☐ non pas de besoin

Avez-vous présenté une ou plusieurs infection sexuellement transmissible depuis le début de la prep ☐ oui ☐ non

- Si oui : Etes-vous venu dans le service CeGIDD au CHU pour la prise en charge : oui non

- Si oui : Avez-vous été satisfait de la prise en charge : oui non

Commentaires :

Depuis la prep à combien évaluez-vous votre qualité de vie sexuelle sur une échelle de 0 à 10:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Depuis la prep à combien évaluez-vous votre qualité de vie (en général) sur une échelle de 0 à 10

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Depuis la Prep, vous sentez vous plus « en sécurité » oui non ne sais pas

Avez-vous perçus des changements dans votre vie et si oui lesquels ? :

.....

Sur une échelle de 0 à 10, où situez-vous:

* vos prises de risque: 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 Beaucoup

* votre intérêt pour votre santé : 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 Bon

Les consultations médicales sont-elles utiles pour vous ?

Oui Non Pourquoi (plus serein, pratiques modifiées...):.....

.....

Les consultations infirmières sont-elles utiles pour vous ?

Oui Non Pourquoi :

.....
.....

Vous sentez vous aidé / écouté : *oui* *non* *ne sais pas*

Souhaiteriez- vous des améliorations ? des modifications ?.....
.....

Compte tenu des nouvelles recommandations (suivi annuel à l'hôpital mais suivi tous les 3 mois possible par votre médecin traitant) dont vous avez été informé, pensez- vous poursuivre votre suivi au CHU ? *Oui : pourquoi :*.....

.....
Non : pourquoi :.....

ou aller voir votre médecin traitant ?

Oui : pourquoi.....

.....Non :

pourquoi.....

.....

Avez-vous des remarques diverses /des Commentaires :

Merci de vos réponses et du temps que vous avez consacré
--

Retranscription des commentaires

Avez-vous perçu des changements dans votre vie et si oui, lesquels ? : « Non ; plus épanoui moins d'anxiété, plus zen ; plus de réflexion globale sur le sens de la vie, sexualité, rencontre ; négatif ; plus assuré dans mes relations sexuelles et amélioration de ma vie sexuelle ; disparition du stress lié à des risques de transmission du VIH ; sentiment de spontanéité ; beaucoup moins de stress « post rapport » ; je me sens moins stressé par le VIH ; réflexion globale entamée sur vie, rencontre, sexualité ; tranquillité, communication aux partenaires de la PrEP, tentatives d'excitation ou réveils libidineux ; aucun changement notable ; je suis plus serein ; non aucun mais plus serein ; je m'attache plus à une relation régulière, plutôt qu'un simple plan ; pas de risque du VIH donc sécurité ; non ; plus à l'aise, moins de préservatif, libération ; plus d'utilisation du préservatif ; moins de blocages liés à l'utilisation du préservatif. »

Les consultations médicales sont-elles utiles pour vous ? Pourquoi ? « Plus serein suivi écoute régulier ; plus serein ; écoute active, possible de parler de tout ; au-delà de l'écoute, les médecins posent des questions pertinentes et m'aident à me remettre en question ; information éclairée sur certaines idées préconçues ; suivi régulier, permet un dépistage rapide tous les 3 mois ; tranquillité d'esprit, moins de culpabilité ; plus serein, plus libre de parler de sexualité ; point régulier, infos, moment d'échange ; échanges sereins ; peu de risque de contamination VIH ; suivi (obligatoire), plutôt serein dans la pratique et le fait d'en parler est bien ; échange d'infos, des expériences, des doutes ; dialogue possible sur le traitement ; plus serein effectivement ; permet de connaître mieux les moyens de prévention et responsabilise sa sexualité ; plus serein en général ; plus en confiance dans ma relation de couple ; dépistage, suivi médical ; personnel compétent, agréable ; je peux parler de mes interrogations : prise en charge et bilan complet tous les 3 mois ; points réguliers, échanges très importants ; rassurant, me sent mieux suivi ; mis en confiance, bilan MST et autres ; je me sens plus à l'aise et plus serein sur l'état de ma santé ; suivi des avancements, répondre à des questions ; bilan IST tous les 3 mois, possibilité d'interroger des spécialistes ; contrôle régulier ; plus serein ; échanges constructifs, possibilité de parler de tout sans tabou ; sérénité et sécurité ; permet de faire le check, d'échanger sur les pratiques, confiance ; plus serein et confiant ; pour le suivi, les

contrôles, les conseils ; rassurantes et bienveillantes ; le suivi dans les consultations est utile pour moi ; plus serein ; sérénité sécurité ; plus serein ; je ne sais pas, la consultation n'était pas sereine, très désagréable parfois ; plus serein, meilleure compréhension du risque ; faire le point régulièrement, prendre plus conscience des risques, être rassuré ».

Les consultations médicales sont-elles utiles pour vous ? Pourquoi ? « Pour moi l'entretien avec le médecin ne doit pas être doublé par le 2e entretien avec l'infirmière ; bons échanges et interactions, bonne écoute ; non, pas de nécessité de dialoguer avec un autre membre du service médical ; parler librement de ma sexualité, mes questions ; pour contrôles réguliers appel ; relationnel écoute échange ; échanges divers ; non, prélèvements faits à l'extérieur ; pour pouvoir échanger ; suivi des IST ; analyses, personnel compétent, agréable ; les informations, les interrogations de la part des infirmières permettent une réflexion sur notre sexualité à la fois au sein du couple mais également pour les rapports en dehors du couple ; appui à l'information ; infos importantes, discussions ; pas concerné ; dialogue facilité par rapport aux médecins ; prise de sang, traitement facilité, injection vaccins ; je trouve les infirmières plus à l'écoute que les médecins ; résultats de sérologies ; au même endroit, permet la continuité avec les médecins ; un suivi plus rigoureux ; suivi, contrôle, conseil ; conseils. »

Souhaiteriez-vous des améliorations ? Des modifications ? : « Ayant vécu IPERGAY j'ai apprécié la permanence AIDES. Cette écoute est complémentaire et je trouve dommage qu'elle n'existe plus dans la PrEP ; non, service qui fonctionne bien, si on peut avoir plus de consultation psycho/sexo, c'est très utile ; secrétariat téléphonique joignable ; non parfait, rien à signaler ; plus de discrétion au secrétariat ; à voir dans le temps ; non, c'est parfait pour moi ; satisfait du service et du personnel, toujours bienveillant et à l'écoute ; je trouve le suivi du CHU très bien, je souhaite que cela continue ainsi. »

Pensez-vous poursuivre votre suivi au CHU ? « Oui, j'aime cloisonner la PrEP de la médecine de ville. De plus, venir à l'hôpital permet de connaître les nouveautés ; très bonne prise en charge ; oui très bon suivi ; oui parce qu'un seul rendez vous il y a la consultation et le dépistage ; c'est une spécialité ; mon médecin n'est pas compétent pour un suivi PrEP, je ne serai pas libre d'évoquer avec lui ma sexualité ; plus facile ; parce que le cadre est sécurisant

et permet de tout gérer au même endroit ; le chu a commencé la prise en charge, je souhaite être suivi par une personne qui suit mon « dossier » ; meilleure écoute, meilleure connaissance des pratiques gaies ; plus proche que mon MT, discrétion ; à mon avis le service du CHU est 100 % satisfaisant, proximité et qualité du service, je me sens bien dans le service du CHU ; oui je préfère rester avec le médecin que je connais ; regroupement de la consultation médicale et des prélèvements pour les analyses ; l'hôpital saura mieux et plus vite être au courant des nouvelles données ; gratuité et médecin beaucoup plus au fait du sujet ; dépistage couplé tous les 3 mois, équipe compétente ; tout se fait au même endroit, c'est très pratique, très rassurant, ce cadre me va très bien ; plus pratique, tout se fait sur place ; personnel très à l'écoute, tout à disposition ; accueil agréable, délai de rdv raisonnables, proximité de mon domicile ; pour un suivi régulier ; suivi régulier tant que je n'ai pas de partenaire stable ; sérieux de l'équipe et professionnalisme ; ici tout mon dossier et suivi ; suivi depuis le début de l'étude IPERGAY ; oui car c'est important d'être suivi + dépistage ; bon suivi, sérénité ; oui par habitude et plus confiance sur les spécialistes ; plus à l'aise avec le personnel, sentiment de confiance ; oui pour être bien suivi ; plus à l'écoute et suivi du dossier depuis le départ ; oui parce que je préfère un personnel spécialisé, à l'écoute, en qui je peux avoir confiance ; très pratique ; oui je suis habitué à venir au CHU tous les 3 mois ; je trouve ça très bien ; plus à l'aise ; plus sécurisant au CHU, plus spécialiste qu'un médecin généraliste ; maintenir un niveau de sécurité, pour être rassuré après avoir fait les différents tests ; plus efficace ; zone de confort et de sécurité ; suivi de qualité, meilleure connaissance du patient, convivialité ; proximité et prélèvements faits le même jour, pas besoin d'aller dans un laboratoire indépendant. »

Où aller voir votre médecin traitant, pourquoi ? « Oui car remboursement mutuelle plus simple chez médecins ; plus pratique (voisin) ; trop loin ; contexte sexualité différent des autres pathologies ; mon médecin traitant a l'air mal à l'aise avec moi quand il évoque d'abord le sujet ; moins à l'aise ; je suis moins à l'aise avec lui ; pas envie d'aller au laboratoire privé pour les prélèvements ; dépassement d'honoraires et pas sensible aux problématiques gays ; mon médecin était assez intéressé par le sujet, je vais réfléchir à ce type de suivi ; je continue au CHU car mon médecin traitant a besoin d'infos supplémentaires ; je continuerai avec mon médecin traitant pour libérer des places pour les autres personnes ; rapport à mes horaires de travail ; non rendez-vous et analyse dans deux endroits différents ; ne souhaite pas impliquer mon médecin traitant ; je n'ai pas encore de médecin traitant ; non il n'est pas assez informé

du sujet ; pas de besoin ; pas de médecin traitant ; inutile ; manque de confiance et d'écoute ; je ne vois que très rarement mon médecin traitant je ne serai pas forcément très à l'aise ; les médecins ne sont pas assez disponibles pour l'écoute et pas assez formés sur ce sujet ; plus simple ; mon médecin peut avoir des jugements de valeur ; multiplication des lieux ; quid de son information sur le sujet ; connaît moins le dossier. »

Avez-vous des remarques diverses, des commentaires ?: «Merci ; à continuer ; le « service » PrEP du chu est très humain et de grande qualité, service top, je suis très content avec ; accueil agréable, merci ; le suivi au CeGIDD est intéressant dans les échanges avec les professionnels et le fait de ne pas se sentir jugé dans mon approche sexuelle ; cadre hospitalier rassurant, la démarche globale est une prise de soin de soi, c'est important ; communication de la presse à la PrEP, moins confidentielle ; très bon protocole et souhaite qu'il perdure ; très bon accueil ; personnel au petits soins ; merci à eux pour leur écoute, conseils et professionnalisme. »

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront 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. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Vu, le Président du Jury

Monsieur le PROFESSEUR RAFFI FRANÇOIS

Vu, le Directeur de Thèse

Madame le DOCTEUR BONNET BENEDICTE

Vu, le Doyen de la Faculté

TITRE DE THESE : Qualité de vie, prises de risque et satisfaction des usagers de PrEP au CHU de Nantes. Une étude quantitative par auto-questionnaires de janvier 2017 à avril 2018.

RESUME

Introduction : La Prophylaxie de Pré-Exposition au VIH ou PrEP est un outil complémentaire de la stratégie de prévention du VIH, qui permet de proposer à une personne qui n'est pas infectée par le VIH, qui n'utilise pas systématiquement le préservatif lors de ses rapports sexuels et qui est à haut risque de contracter le VIH, un médicament actif contre ce virus afin d'éviter la contamination. Une consultation spécifique pour la PrEP a été mise en place en janvier 2017 et une unité a été créée : l'unité CeRRISe au CHU de Nantes pour l'introduction et le suivi des sujets sous PrEP dans une démarche d'éducation à la santé avec une prise en charge multidisciplinaire et une orientation vers la consultation de psycho-sexologie. L'objectif de ce travail est d'évaluer à M16 la qualité de vie, les prises de risques et la satisfaction des personnes ayant recours à ce dispositif.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle descriptive, transversale, monocentrique par auto-questionnaires remis aux patients ayant recours au dispositif CeRRISe du CHU de Nantes de janvier 2017 à avril 2018. La variation de la qualité de vie générale et sexuelle avant et après la PrEP a été étudiée par un test de student pour données appariées.

Résultats : La consultation PrEP permet une amélioration de la qualité de vie sexuelle et générale qui a été mise en évidence de façon statistiquement significative ($p < 0,05$). Elle permet aux patients qui présentent des facteurs de forte exposition au risque, comme les rapports anaux non protégés et parfois la pratique du chemsex, d'amorcer une réflexion sur leurs pratiques grâce au personnel qualifié en Communication Brève relative à la Sexualité (CBS) et grâce à la consultation de psycho-sexologie et d'addictologie. Les patients sont satisfaits du dispositif et souhaitent poursuivre leur suivi au CHU.

Conclusion : Les personnes ayant recours au dispositif CeRRISe ont des facteurs de forte exposition au risque de contamination par le VIH. L'accompagnement par le personnel de l'unité leur permet de prendre du recul et de développer leur autonomie. Bien qu'ils soient satisfaits par leur suivi au CHU, la poursuite du suivi pourra être faite par leurs médecins traitants afin de développer la prise en charge de la santé sexuelle en médecine générale.

MOTS CLES

Prophylaxie-pré-exposition, VIH, chemsex, prévention, qualité de vie, compensation du risque, Communication Lié à la Sexualité (CBS), psycho-sexologie