



HAL
open science

Évaluation du dispositif de prise en charge des situations d'exposition au risque viral chez l'adulte : exemples des CHU de Grenoble et CHR de Chambéry

Julia Krotoff

► To cite this version:

Julia Krotoff. Évaluation du dispositif de prise en charge des situations d'exposition au risque viral chez l'adulte : exemples des CHU de Grenoble et CHR de Chambéry. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00637897

HAL Id: dumas-00637897

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00637897>

Submitted on 3 Nov 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2011

N°

**EVALUATION DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES
SITUATIONS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL CHEZ L'ADULTE :
EXEMPLES DES CHU DE GRENOBLE ET CHR DE CHAMBERY**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Julia KROTOFF

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Grenoble le 11 Octobre 2011

Devant le jury composé de:

Monsieur le professeur Jean-Paul STAHL

Président du jury

Monsieur le professeur Patrice MORAND

Monsieur le professeur Jean-Luc BOSSON

Madame le Docteur Patricia PAVESE

Directrice de thèse

Monsieur le Docteur Olivier ROGEAUX

Monsieur le Docteur Francis MARION

Faculté de médecine de Grenoble

Liste des professeurs d'universités-praticiens hospitaliers

Nom	Prénom	Discipline
Albaladejo	Pierre	Anesthésie – réanimation
Arvieux-Barthélémy	Catherine	Clinique de chirurgie et de l'urgence
Baconnier	Pierre	Biostatistiques et informatique médicale Santé publique
Baguet	Jean-Philippe	Cardiologie / Hypertension artérielle
Balosso	Jacques	Radiothérapie Cancérologie
Barret	Luc	Médecine légale
Baudain	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Beani	Jean-Claude	Dermatologie-vénérologie
Benhamou	Pierre Yves	Endocrinologie Diabétologie
Berger	François	Cancérologie
Blin	Dominique	Chirurgie cardiaque
Bolla	Michel	Cancérologie
Bonaz	Bruno	Hépto-gastro-entérologie
Bosson	Jean-Luc	Santé publique
Bougerol	Thierry	Psychiatrie
Brambilla	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
Brambilla	Christian	Pneumologie
Brichon	Pierre-Yves	Chirurgie vasculaire et thoracique
Brix	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale
Cahn	Jean-Yves	Cancérologie
Carpentier	Patrick	Médecine vasculaire
Carpentier	Françoise	Samu
Cesbron	Jean-Yves	Immunologie
Chabardes	Stephan	Neurochirurgie
Chabre	Olivier	Endocrinologie
Chaffanjon	Philippe	Chirurgie thoracique, vasculaire et endocrinienne
Chavanon	Olivier	Chirurgie cardiaque
Chiquet	Christophe	Ophthalmologie
Chirossel	Jean-Paul	Anatomie
Cinquin	Philippe	Santé publique
Cohen	Olivier	Délégation – HC Forum (création entreprise)
Couturier	Pascal	Gériatrie
Cracowski	Jean-Luc	Pharmacologie
de Gaudemaris	Régis	Médecine et santé du travail
Debillon	Thierry	Pédiatrie
Dematteis	Maurice	Médecine légale et d'addictologie
Demongeot	Jacques	Santé publique
Descotes	Jean-Luc	Urologie
Esteve	François	Dir. Équipe 6 U836 – ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
Fagret	Daniel	Médecine nucléaire
Faucheron	Jean-Luc	Chirurgie digestive et de l'urgence
Favrot	Marie-Christine	Biologie intégrée / Cancérologie
Ferretti	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
Feuerstein	Claude	Gin
Fontaine	Éric	Clinique nutrition artificielle Pôle 7 Médecine aiguë & communautaire
François	Patrice	Veille sanitaire Santé publique
Garnier	Philippe	Pédiatrie
Gaudin	Philippe	Rhumatologie
Gay	Emmanuel	Neurochirurgie
Griffet	Jacques	Chirurgie infantile
Halimi	Serge	Diabétologie
Hommel	Marc	Neurologie
Jouk	Pierre-Simon	Génétique et procréation
Juvin	Robert	Rhumatologie
Kahane	Philippe	Neurologie
Krack	Paul	Neurologie
Krainik	Alexandre	Neuroradiologie & IRM
Lantuejoul	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques

Le Bas	Jean-François	Neuroradiologie & IRM
Lebeau	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale
Leccia	Marie-Thérèse	Dermatologie
Leroux	Dominique	Biologie et pathologie de la cellule
Leroy	Vincent	Hépatogastro-entérologie
Letoublon	Christian	Chirurgie digestive et de l'urgence
Levy	Patrick	Physiologie
Lunardi	Joël	Biochimie
Machecourt	Jacques	Cardiologie
Magne	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire et thoracique
Maitre	Anne	Médecine du travail EPSP/Dpt de biologie intégrée
Massot	Christian	Médecine interne
Maurin	Max	Département des agents infectieux / Bactériologie
Merloz	Philippe	Orthopédie traumatologie
Morand	Patrice	Virologie
Moro-Sibilot	Denis	Pneumologie
Mousseau	Mireille	Oncologie médicale
Moutet	François	Chirurgie plastique et reconstructrice et esthétique
Passagia	Jean-Guy	Neurochirurgie
Payen de la Garanderie	Jean-François	Anesthésie – réanimation
Pelloux	Hervé	Parasitologie et mycologie
Pepin	Jean-Louis	Physiologie sommeil
Perennou	Dominique	Rééducation & physiologie
Pernod	Gilles	Médecine vasculaire
Piolat	Christian	Chirurgie infantile
Pison	Christophe	Pneumologie
Plantaz	Dominique	Pédiatrie
Pollak	Pierre	Neurologie
Pons	Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
Rambeaud	Jean-Jacques	Urologie
Reyt	Émile	ORL
Righini	Christian	ORL
Romanet	Jean-Paul	Ophthalmologie
Saragaglia	Dominique	Orthopédie
Schlattner	Uwe	UFR de Biologie
Schmerber	Sébastien	ORL
Seigneurin	Daniel	Anatomie et cytologie
Sele	Bernard	Génétique et procréation
Sessa	Carminé	Chirurgie thoracique vasculaire
Stahl	Jean-Paul	Infectiologie
Timsit	Jean-François	Réanimation médicale
Tonetti	Jérôme	Orthopédie et traumatologie
Toussaint	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
Vanzetto	Gérald	Cardiologie
Vuillez	Jean-Philippe	Biophysique et traitement de l'image
Zaoui	Philippe	Néphrologie
Zarski	Jean-Pierre	Hépatogastro-entérologie

Liste des maîtres de conférences des universités – praticiens hospitaliers

Nom	Prénom	Localisation hospitalière
Bottari	Serge	Biologie cellulaire
Boutonnat	Jean	Biologie et pathologie de la cellule
Brenier-Pinchart	M.Pierre	Parasitologie
Bricault	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
Briot	Raphaël	Cancérologie et hématologie
Callanan-Wilson	Mary	Génétique
Croize	Jacques	Bactériologie-Virologie
Deransart	Colin	Neurologie LAPSEN
Detante	Olivier	Cancérologie et hématologie
Dumestre-Perard	Chantal	Immunologie SUD
Eysseric	Hélène	Médecine légale
Faure	Anne-Karen	Génétique et procréation
Faure	Julien	Génétique et procréation
Garban	Frédéric	Unité clinique thérapie cellulaire
Gavazzi	Gaëtan	Clinique médecine interne gériatrique
Gillois	Pierre	Laboratoire TIMC
Grand	Sylvie	Clinique de radiologie et imagerie médicale
Hennebicq	Sylviane	Génétique et procréation
Hoffmann	Pascale	Gynécologie obstétrique
Jacquot	Claude	Anesthésie-réanimation
Labarere	José	Veille sanitaire
Laporte	François	Biologie intégrée
Lardy	Bernard	Biologie et pathologie de la cellule-enzymologie
Larrat	Sylvie	Agents infectieux
Launois-Rollinat	Sandrine	Physiologie sommeil et exercice
Mallaret	Marie-Reine	Hygiène hospitalière
Maubon	Danièle	Agents infectieux
Moreau-Gaudry	Alexandre	Innovations technologiques
Mouchet	Patrick	Physiologie sommeil et exercice
Paclet	Marie-Hélène	Biologie et pathologie de la cellule
Palombi	Olivier	Neurochirurgie
Pasquier	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
Pelletier	Laurent	Innovation biologique
Paysant	François	Médecine légale
Ray	Pierre	Génétique et procréation
Renversez	Jean-Charles	Biologie intégrée
Rialle	Vincent	Laboratoire TIMC
Satre	Véronique	Génétique et procréation
Stanke-Labesque	Françoise	Pharmacologie
Stasia	Marie-Josée	Biologie et pathologie de la cellule
Tamisier	Renaud	Physiologie sommeil et exercice
Weil	Georges	Biostatistiques et informatique médicale

REMERCIEMENTS

Je remercie tous les membres du jury d'avoir accepté de juger mon travail et plus particulièrement le Professeur J-P Stahl, d'avoir accepté de présider cette thèse.

Merci à ma directrice de thèse, Patricia Pavèse : Patricia, merci pour ton aide précieuse quant à l'élaboration de ma thèse ainsi que pour tout ce que tu m'as appris au cours de ce stage dans le Service de Consultations en Maladies Infectieuses....Tu m'as montré comment allier plaisir et rigueur...et m'as confortée dans l'idée de continuer à approfondir mes connaissances dans cette discipline.

Merci à Olivier Rogeaux, pour sa disponibilité et sa gentillesse infinie...ainsi qu'à toute l'équipe du B7 à Chambéry (Claire Leconte, Emmanuel Forestier, Aurélie Labé) : ce dernier semestre d'internat a été le plus difficile pour moi mais vos personnalités et votre extraordinaire capacité à travailler en équipe en a fait le plus intéressant intellectuellement et humainement. Merci.

Merci à Antoine Caprioli : merci pour les précieux conseils que tu m'as apportés pour la réalisation de ce travail.

Merci à Gaele Dubruc, Marc Brisson et Mélanie Sustersic pour leur collaboration et leur disponibilité.

Merci à Camille Letiers : Camille, en plus d'avoir été ma Co-interne, tu es et j'espère resteras une amie précieuse. Merci pour ta joie de vivre, ton ouverture d'esprit, ta motivation. Merci également pour cette collaboration qui nous permettra, je l'espère, d'apporter un outil pour la lutte contre le VIH dans notre région...

Merci à tous mes amis...Merci à Claire pour avoir toujours été à l'écoute, même à l'autre bout de la terre...merci pour ton intelligence d'esprit et les moments de fou rire...

Un grand Merci à mes parents pour leur soutien permanent tout au long de mes études ainsi que pour mes projets personnels. Merci de m'avoir transmis votre goût du voyage...

Un immense Merci à ma sœur, Aurélie : merci pour ton humour, tes capacités d'écoute, merci d'être toi.

Marc, maintenant que nos routes se sont croisées, espérons qu'elles demeurent parallèles aussi longtemps que possible...

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	page 9
PATIENTS ET METHODE.....	page 11
Schéma de l'enquête :	
<input type="checkbox"/> Audit organisationnel	
<input type="checkbox"/> Enquête de pratiques	
RESULTATS.....	page 15
DISCUSSION.....	page 37
CONCLUSION.....	page 44
BIBLIOGRAPHIE.....	page 46
ANNEXES.....	page 49
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	page 83

LISTE DES ABREVIATIONS

AEV : Accidents d'Exposition au risque Viral

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CH : Centre Hospitalier

CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

CDCP : Center for Disease Control and Prevention

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Régional

CMI : Consultation en Médecine Infectieuse

COREVIH : Comités de Coordination Régionaux de la lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

FIP : Fiche Information Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HRSH : Hommes ayant des Rapports Sexuels avec des Hommes

InVS : Institut de Veille Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSI : Programme de Médicalisation du Système Informatique

PDV : Perdu De Vue

SAU: Service d'Accueil des Urgences

SFLS : Société Française de Lutte contre le Sida

TPE : Traitement Post-Exposition

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Les situations d'expositions au risque viral regroupent toutes les situations de contact accidentel avec un ou des liquides biologiques potentiellement contaminants : sang, sperme, sécrétions séminales et sécrétions vaginales. Ces accidents exposants peuvent être d'ordre sanguin, par effraction cutanée, projection sur muqueuse ou peau lésée, sexuel ou bien faire suite à un partage de matériel (drogues IV, piercing, tatouages, sniff).

De multiples agents infectieux peuvent être transmis parmi lesquels le Virus de l'Immunodéficience Humaine, les Virus de l'Hépatite B et C particulièrement redoutés en raison de leur prévalence, leur gravité et des risques de pathologies chroniques.

Le risque moyen de transmission au cours d'un accident percutané avec le sang d'un patient infecté a été estimé à 0,3% pour le VIH, 5 à 10% pour le VHC et 22 à 31% pour le VHB ¹.

L' Institut de Veille Sanitaire organise la surveillance nationale des contaminations professionnelles depuis 1991 pour le VIH, 1997 pour le VHC, et 2005 pour le VHB ².

La prise en charge des accidents exposants professionnels dispose d'un cadre légal depuis 1995, des notes d'information relatives à la conduite à tenir après un AEV ayant au préalable été diffusées par les Ministères de la Santé et du Travail. En 1998, les recommandations initialement émises ont été étendues à « toutes les personnes exposées à un risque de transmission du VIH, que ce soit une exposition professionnelle, sexuelle ou partage de seringue ».

La Circulaire Interministérielle N°DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 a permis de redéfinir le dispositif hospitalier d'accueil des personnes victimes d'AEV, sur la base des données épidémiologiques disponibles et d'avis d'experts ³. Il s'agit d'un dispositif d'urgence, fonctionnel 24h/24 et 365 jours par an, les délais de prise en charge déterminant les stratégies thérapeutiques post exposition éventuelles.

Les services d'urgences ont donc très logiquement été intégrés dans ce dispositif, en liaison avec les équipes référentes (Services de Consultations en Maladies Infectieuses, CIDDIST, CDAG), et voient le nombre de recours pour AEV qu'ils traitent augmenter régulièrement ⁴.

On constate cependant assez peu de retours d'activité spécifique aux AEV en dehors des antennes régionales des CCLIN pour les professionnels de santé exposés. La dernière évaluation nationale

coordonnée par l'InVS, qui portait sur la prescription du Traitement Post Exposition en cas de risque d'infection par le VIH, remonte à l'année 2003. Elle montrait que, malgré les recommandations, il persistait une sur prescription du TPE suite à une exposition sexuelle avec un sujet au statut VIH inconnu ⁵.

Depuis un décret, puis une circulaire relative à leur installation en 2005, les COREVIH, Comités de Coordination Régionaux de la lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine, remplaçant les actuels CISIH, ont notamment pour mission l'évaluation des pratiques et la formation des professionnels afin d'améliorer la prévention du risque d'infection par le VIH.

Avec l'agrément de la Haute Autorité de Santé, la Société Française de Lutte contre le Sida a donc développé, dans cette optique d'Évaluation de Pratiques Professionnelles un référentiel de prise en charge des AEV ⁶ (annexe n°1).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'évaluation des pratiques permet l'amélioration de la qualité des soins ⁷. Dans ce but, nous avons réalisé une enquête sur la prise en charge des AEV aux CHU à Grenoble et CHR de Chambéry.

Nous avons deux objectifs différents :

- -d'une part réaliser un audit organisationnel par entretiens auprès des acteurs du dispositif de soins
- -d'autre part de réaliser une enquête de pratiques sur la prise en charge des AEV à Grenoble et Chambéry

PATIENTS ET METHODE

Schéma de l'enquête

Il s'agissait d'une enquête organisationnelle et de pratique sur la prise en charge des AEV au sein de deux hôpitaux de l'Arc Alpin : le CHU de Grenoble et le CHR de Chambéry. Cette enquête comportait deux parties :

- une enquête organisationnelle sous forme d'audit auprès des acteurs de santé impliqués dans le dispositif, dans chacun des deux centres hospitaliers.
- une enquête de pratiques réalisée à partir de l'analyse des dossiers médicaux de tous les patients pris en charge pour AEV au cours de l'année 2009, dans ces mêmes centres.

Cette enquête utilisait une méthodologie mise à disposition par la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS).

Audit organisationnel

Population étudiée

L'enquête était basée sur des entretiens réalisés avec l'ensemble des acteurs du dispositif de prise en charge des AEV, à savoir :

- Service d'Accueil des Urgences
- Service de Médecine du travail
- Services spécialisés : Service de Consultations en Maladies Infectieuses au CHU de Grenoble et CHR de Chambéry (Espace de Santé Publique)
- CDAG de Grenoble
- Pharmacie
- Laboratoire de biologie

Tous ces entretiens étaient volontaires.

La méthodologie SFLS ne prévoyait pas d'entretien avec les médecins généralistes.

Recueil des données

Le guide d'entretien était construit en deux parties et comportait 24 questions (annexe n°2).

Neuf questions portaient sur les connaissances générales concernant les référentiels disponibles, les organismes impliqués dans le dispositif et la formation reçue.

Trois questions s'intéressaient à la connaissance des recommandations, de l'existence et du rôle du COREVIH ainsi que des possibilités de formation AEV et/ou VIH.

Trois questions concernaient les référentiels, organismes et acteurs référents connus pour la prise en charge des AEV.

Afin de faciliter leur analyse on procédait pour ces six questions semi-ouvertes à un classement des réponses selon une échelle de Likert à 4 modalités. Deux questions ouvertes recueillaient l'opinion des personnes interrogées sur leur rôle au sein du dispositif et leurs attentes quant à une éventuelle formation.

La seconde partie de l'entretien concernait l'organisation du dispositif au sein de chaque CH. Les réponses étaient interprétées selon une échelle de Likert à 4 modalités. Chacune d'entre elle correspondait à un point précis de l'organisation émanant des recommandations récentes et faisant partie des critères à évaluer dans le référentiel SFLS.

Certaines d'entre elles n'étaient donc posées qu'aux interlocuteurs concernés de par leur spécialité au sein de l'hôpital.

Une dernière question ouverte s'adressait à tous et visait à recueillir les suggestions de chacun concernant les améliorations à apporter, le cas échéant, au dispositif en place.

Analyse des données

Les réponses aux questions semi-ouvertes étaient décrites par les effectifs. Les réponses aux questions ouvertes étaient intégralement retranscrites puis bénéficiaient d'un classement par catégorie d'idées. Ces dernières faisaient ensuite l'objet d'une analyse thématique afin d'établir une synthèse recouvrant l'ensemble des thèmes évoqués par les personnes interrogées.

Enquête de pratiques

Il s'agissait d'une étude rétrospective observationnelle basée sur une analyse de dossiers médicaux :

Population étudiée

Elle correspondait aux patients âgés de plus de 15 ans et 3 mois, pris en charge suite à un AEV professionnel ou non, entre le 1er janvier et le 31 décembre 2009 au sein des deux Hôpitaux précités. Les codages du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) permettaient d'identifier les patients concernés au SAU, en Service de Consultations d'Infectiologie, et en Service de Médecine du travail.

Recueil des données

Une grille dévaluation des dossiers était mise au point à partir de la méthodologie SFLS (annexe n°3). Elle comportait un recueil des principales caractéristiques du patient ainsi que du type d'AEV. On élaborait dans cette dernière partie une grille particulière pour chaque type d'AEV (sexuel, professionnel ou piqûre/partage de matériel souillé). Enfin, on recueillait, pour chaque type d'exposition, les principaux éléments du suivi organisé au cours de la première consultation.

A noter que, pour les besoins de l'analyse, le risque de transmission du VIH lors des expositions était classé selon trois niveaux:

- Important : piqûres profondes ou modérées, avec une aiguille creuse, après un geste en intra-vasculaire, rapports anaux réceptifs, rapports vaginaux réceptifs avec éjaculation, rapports anaux ou vaginaux insertifs avec présence d'une infection génitale ou d'un saignement, partages immédiats d'une seringue et/ou de la préparation entre usagers de drogues.
- Intermédiaire : coupures avec bistouri, piqûres avec aiguille IM, SC, ou aiguille pleine, exposition cutané-muqueuse ou sur peau lésée avec temps de contact supérieur à 15 minutes, rapports vaginaux réceptifs sans éjaculation, rapports anaux ou vaginaux insertifs sans infection génitale ni saignement, partages du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage entre usagers de drogues.
- Minimale : autres cas, morsures ou griffures, rapports sexuels oraux, piqûres superficielles ou modérées avec une seringue abandonnée.

Analyse des données

Les données obtenues à partir des dossiers dans les fiches d'évaluation ont été analysées à l'aide d'un logiciel de statistiques: R2web.

On utilisait le test du Chi 2 pour la comparaison des proportions. Le seuil de significativité était fixé à $\alpha=0,05$.

RESULTATS

Audit organisationnel

Dix-huit personnes sollicitées ont accepté de participer à un entretien qui durait 20 minutes environ et s'organisait en 2 parties.

La totalité des participants pouvait répondre aux questions de la première partie ainsi qu'à la dernière question concernant les pistes d'amélioration de la prise en charge des AEV. La seconde partie portant sur le dispositif d'accueil en place, ne concernait que le personnel hospitalier.

Connaissances générales (tableau n°1)

La moitié des personnes interrogées possédait une bonne connaissance des référentiels de prise en charge des AEV et 11 sur 18 (61%) avaient lu les recommandations médicales.

Les structures de prise en charge étaient globalement bien connues ainsi que les médecins référents.

La plupart des participants savait comment les joindre en cas de besoin.

Seules 8 personnes ont pu expliquer le rôle du COREVIH alors que 10 autres n'en avaient aucune idée ou ne connaissaient parfois même pas son existence.

A la question ouverte : « Comment situez vous votre rôle au sein du dispositif local de prise en charge des AEV ? », la majorité a répondu qu'il leur paraissait central. Les termes de prévention, évaluation des risques, orientation et soutien sont souvent revenus lors des entretiens. Certains urgentistes ont évoqué « le rôle de dépistage qu'on assume pas du tout mais qu'on devrait avoir... ».

Cinq interviewés avaient déjà participé à une formation sur les AEV ou le VIH. La majeure partie des participants ne savait pas quelles étaient les modalités de cette formation continue, 3 d'entre eux ont fait référence à la responsabilité du Service d'Hygiène, tandis que 2 personnes ont évoqué la responsabilité du COREVIH et des CIDDIST.

A la question ouverte concernant les attentes éventuelles lors d'une formation sur les AEV, 4 participants ont évoqué la nécessité de communication et de coordination entre tous les acteurs de la prise en charge, le manque de retour d'activité des services spécialisés aux urgences ayant parfois été cité. Six interviewés ont souhaité obtenir au cours d'une telle formation une conduite à tenir plus claire et synthétique.

Dispositif hospitalier (tableau n°2)

Toutes les personnes interrogées savent qu'il existe un protocole commun de prise en charge des AEV dans leur centre hospitalier. Une grande majorité sait le retrouver sur le site internet propre de l'hôpital et 5 interviewés ont évoqué l'affichage de la procédure dans les salles de soins.

Les référents de première ligne de chaque hôpital sont connus et considérés comme étant disponibles. Sept participants seulement ont estimé la collaboration avec le Service de Médecine du travail effective, 6 personnes se sont plaintes du manque de retour et certaines pensent qu'elle pouvait être améliorée. Un participant n'en connaissait pas l'existence.

Une majorité d'interviewés (71%) a estimé que la collaboration avec le Service de Médecine Légale n'était pas effective.

Seuls 3 participants ne connaissaient pas les modalités du dispositif d'accueil en semaine, les week-end et jours fériés.

La traçabilité de la prise en charge est globalement toujours assurée d'après les personnes interrogées. La moitié a toutefois affirmé que la confidentialité ne l'est pas, ou pour certains l'est « dans la mesure du possible ».

Les Test de Dépistage Rapide (TDR) ne sont, de façon unanime disponibles qu'au CHU, bien que peu souvent réalisés, du fait de la disponibilité des sérologies 4ème génération. Au CHR, le TDR n'a jamais été utilisé, du fait « du risque de Faux Positifs trop important ».

Quatorze personnes interrogées sur 15 connaissent le processus de dispensation des Traitements Post-Exposition (TPE), la disponibilité des kits d'antirétroviraux ainsi que le délai de prescription, leur prix et les modalités de remboursement.

Parmi les 13 personnes interrogées, 9 ont considéré que le suivi après dispensation du TPE est organisé. Quatre participants ont évoqué d'éventuelles lacunes dans la prise en charge au SAU. L'un d'entre eux a trouvé cette organisation compliquée : « on a l'impression de les relâcher dans la nature après ».

Concernant le suivi de la tolérance du traitement, 3 des 4 interviewés pensent qu'il est totalement réalisé. Dans le Service de Médecine du travail du CHU, il est réalisé «uniquement sur doléances des patients [...] ils peuvent être suivis par leur médecin traitant ».

Sur 6 personnes interviewées, 5 ont considéré que le suivi sérologique des patients est correctement organisé, tandis que l'une d'entre elles a montré une réserve concernant les patients non traités pris en charge initialement au SAU au CHU de Grenoble.

D'après 7 participants, aucune modalité d'information et de prévention de la récurrence des AEV n'est disponible. Trois personnes interrogées ont modéré ces propos tout en affirmant qu'il n'en existe pas au SAU. Une personne a considéré que la formation faite au personnel participe à cette nécessité.

A la question ouverte portant sur les suggestions concernant les améliorations à apporter le cas échéant au dispositif en place, le thème le plus retrouvé demeure celui de la formation des professionnels concernés. Plusieurs participants insistent sur la nécessité de se «mettre à jour régulièrement» par le biais implicite de la formation continue, incluant formation sur les nouveaux protocoles et réactivation des connaissances. En effet, «le manque de connaissances concernant les modes de transmission du VIH et la conduite à tenir devant un AEV» est perçu par un interviewé comme un véritable obstacle aux messages de prévention actuellement préconisés. L'amélioration de la prise en charge des AEV passe aussi par une mise en relation des professionnels impliqués ainsi qu'une meilleure coordination entre les structures référentes. De ce dernier aspect découle une meilleure orientation des patients et «une prise en charge par les services adaptés».

Un meilleur fonctionnement du dispositif suppose également pour certains un relais de l'information en population générale ainsi qu'au sein des groupes dits «à risque».

Un acteur a proposé la confection de «plaquettes à donner aux patients», tandis qu'un second évoquait la place des médecins généralistes et l'abolissement des barrières de la sexualité, «sujet difficile à aborder avec les patients que l'on suit depuis tout petit».

Tableau n°1 : Réponses aux entretiens concernant les connaissances générales

Questions	Réponses des participants (N=18)
Quels référentiels de prise en charge des Accidents d'Exposition au risque Viral connaissez-vous?	
connus	6 (33%)
plutôt connus	3 (17%)
plutôt non connus	7 (39%)
non connus	2 (11%)
Avez-vous lu les recommandations médicales de prise en charge des AEV?	
oui	9 (50%)
plutôt oui	2 (11%)
plutôt non	4 (22%)
non	3 (17%)
Connaissez-vous les principales structures prenant en charge des AEV ?	
connues	3 (17%)
plutôt connues	12 (67%)
plutôt non connues	2 (11%)
non connues	1 (5%)
Si oui, savez-vous comment les joindre?	
oui	15 (83%)
Connaissez-vous le rôle du COREVIH?	
oui	8 (44%)
Quels médecins référents pour la prise en charge des AEV connaissez-vous?	
réponse appropriée	15 (83%)
Avez-vous déjà participé à une formation sur les AEV ou le VIH?	
oui	5 (28%)
Savez-vous en quoi consiste la formation continue des professionnels concernés?	
oui	5 (28%)
Si oui, y avez-vous déjà participé?	
oui	5 (28%)

Tableau 2 : Réponses aux entretiens concernant le dispositif hospitalier

Questions	Réponses des participants (N=17)
Existe-t-il un protocole commun de prise en charge des AEV au CH?	
oui	17 (100%)
Si oui, comment est-il disponible?	
intranet	17 (100%)
affichage salle de soins	5 (29%)
impression classeurs	1 (6%)
Quels sont le ou les référents de première ligne ? Et pour les cas particuliers ?	
réponse appropriée	17 (100%)
Si ils sont connus, sont-ils disponibles?	
oui	17 (100%)
La collaboration avec le Service de Médecine du travail est-elle effective?	
oui	7 (41%)
plutôt oui	1 (6%)
plutôt non	3 (18%)
non	6 (35%)
La collaboration avec le Service de Médecine légale est-elle effective?	
oui	5 (29%)
plutôt oui	0 (0%)
plutôt non	2 (13%)
non	10 (58%)
En ce qui concerne la prise en charge des AEV, que savez-vous du dispositif d'accueil?	
réponse appropriée	14 (82%)
réponse non appropriée	3 (18%)
La traçabilité de la prise en charge est-elle toujours assurée?	
oui	14 (82%)
plutôt oui	1 (6%)
plutôt non	1 (6%)
non	1 (6%)

La confidentialité est-elle toujours assurée?

oui	5 (29%)
plutôt oui	5 (29%)
plutôt non	2 (13%)
non	5 (29%)

Des Tests de Dépistage Rapide (TDR) sont-ils disponibles au CH?

N=15

oui	6 (40%)
-----	---------

Comment est organisée la dispensation du Traitement Post-Exposition (TPE)?

réponse appropriée	16 (94%)
réponse non appropriée	1 (6%)

Le suivi à 48h de la dispensation du TPE est-il organisé?

N=13

oui	9 (69%)
plutôt oui	3 (23%)
plutôt non	1 (8%)
non	0 (0%)

Le suivi de la tolérance du TPE est-il totalement réalisé?

N=4

oui	3 (75%)
plutôt oui	0 (0%)
plutôt non	1 (25%)
non	0 (0%)

Le suivi sérologique des patients est-il organisé?

N=6

oui	5 (83%)
-----	---------

Existe-t-il des modalités de prévention de la récurrence de ce genre d'accident? Sexuel? Professionnel? N=15

oui	4 (27%)
plutôt oui	3 (20%)
plutôt non	0 (0%)
non	8 (53%)

Enquête de pratiques

639 cas d'expositions à un risque viral ont été analysés pour l'évaluation de la prise en charge sur les deux hôpitaux, dont 455 cas au CHU et 184 au CHR :

-468 (73%) expositions professionnelles, dont 76% suite à une effraction cutanée, 18% suite à une projection muqueuse et 6% suite à une projection sur peau lésée. Parmi les accidents du travail déclarés, le nombre de professionnels de santé du CHU et au CHR était respectivement de 261 et 124, soit respectivement 57% et 67% des expositions professionnelles.

-158 (25%) expositions sexuelles

-13 (2%) expositions « autres », dont 2 après partage de matériel d'injection chez des usagers de drogues par voie intraveineuse, et 11 après exposition telle que piqûre par seringue abandonnée, contact sanguin ou morsure lors de rixes...

Consultation Médicale Initiale

L'âge médian était de 28 ans [15; 65] et la population étudiée comprenait 65% de femmes et 35% d'hommes.

Le statut vaccinal HBV était disponible pour 86% des consultants, parmi lesquels 85% se trouvaient protégés, avec un taux d'anticorps antiHBs satisfaisant. Lorsqu'elle s'avérait nécessaire une vaccination était effectuée dans 41% des cas. De même, 25% des patients qui le nécessitaient ont bénéficié d'une injection d'immunoglobulines HBV dans les délais corrects.

Un passage initial par le SAU était noté dans 56% des cas, sans différence significative entre les deux centres hospitaliers. Quatorze pourcent des patients ont bénéficié d'une consultation médicale préalable à la prise en charge hospitalière.

Statut sérologique du patient source

Le statut sérologique du patient source n'était connu que pour 11% des consultants, pour lesquels on retrouvait 10% de sujets source VIH positif. Dans les cas où le statut sérologique du sujet source était inconnu, on estimait à 22% le taux de sujets source à risque d'être VIH positif ou de séroconversion immédiate.

Le statut sérologique du sujet source pour le virus de l'Hépatite B était connu pour 324 expositions et positif chez 0,9% d'entre eux.

Le statut sérologique du sujet source pour le virus de l'Hépatite C était connu pour 324 expositions et positif chez 10,8% d'entre eux.

Caractéristiques des expositions (Tableau n°3)

Les **expositions professionnelles** concernaient 76% de femmes et 24% d'hommes. Au CHU on recensait 333 expositions avec 73,5% de femmes et 26,5% d'hommes. En revanche, au CHR, on a étudié 135 dossiers comprenant 81% de femmes et 18% d'hommes.

L'âge médian des consultants était de 28 ans [18; 65]. Cette médiane était comparable dans les deux CH.

Le délai médian entre l'exposition et la consultation était de 1 heure [0; 72]. Il variait significativement en fonction du type d'AEV (plus long pour les projections sur muqueuses ou peau lésée).

En revanche la variation de ce délai en fonction du type de risque ou du statut sérologique VIH du patient source n'était pas significative.

Le niveau de risque de transmission du VIH de la majorité des expositions déclarées était intermédiaire. Seules 9% d'entre elles étaient importantes. On retrouvait des pourcentages similaires au CHU. Au CHR, la part d'accidents à risque importants de transmission était significativement plus élevée avec 19% de cas.

Le statut sérologique VIH du patient source n'était connu que dans 11% des cas et variait significativement en fonction du CH : 15% des patients du CHU et 3% des patients du CHR.

On recensait 7% de patients sources séropositifs pour le VIH.

Une désinfection locale était réalisée dans 93% des cas. Lorsqu'il s'agissait d'un professionnel de santé, il portait des gants dans 71% des situations d'accidents. Il ne portait en revanche pas de masque dans 57% des cas.

Une prise en charge au sein du Service de Médecine du travail faisait suite à la consultation initiale dans 94% des cas.

Les **expositions sexuelles** concernaient 26,5% de femmes et 63,5% d'hommes. Au CHU, on dénombrait 111 consultants dont 32% de femmes et 68% d'hommes, contre 46 consultants à Chambéry, avec 48% de femmes et 52% d'hommes.

L'âge médian des personnes exposées était de 27 ans [15; 65] pour l'ensemble et sensiblement identique pour les deux CH.

Le délai médian de consultation était d'un peu moins de 16 heures [1,3; 96]. Ce délai était comparable dans les deux CH.

Dix-sept pour cent des expositions étaient liées à un rapport homosexuel, 82% à un rapport hétérosexuel et 0,8% à un rapport avec des partenaires multiples, ces données étant comparables dans les deux CH.

Les viols représentaient 12% des expositions sexuelles déclarées et un recours en Service de Médecine Légale avait lieu dans la moitié des cas.

Le statut sérologique VIH du partenaire source était inconnu dans 89% des cas, mais ce pourcentage variait selon le type de partenaire. Lors de rapports sexuels avec un partenaire régulier, le statut sérologique VIH du partenaire était connu dans la moitié des cas et connu comme séropositif dans 67% des cas. Par contre, lors de rapports avec un partenaire connu irrégulier ou un partenaire occasionnel, le statut sérologique VIH de ce dernier demeurait généralement inconnu.

Les rapports n'étaient pas protégés dans 57% des situations d'AEV sexuel, cette donnée ne variant pas de façon significative en fonction du sexe ou du type de partenaire.

Les expositions sexuelles étaient majoritairement de risque intermédiaire, ceci dans une proportion similaire pour les risques importants et minimes. Une variation non significative était constatée en fonction du CH puisque la proportion de risques importants de transmission du VIH était de 29% au CHR contre 19% au CHU.

A noter, enfin, qu'un entretien avec un psychologue n'était organisé que dans 5% des cas, ceci indépendamment du CH ou du service de prise en charge.

Les **expositions «autres»** concernaient dans 61% des cas des hommes et étaient pour la majorité des piqûres par seringues abandonnées. On recensait 11 dossiers au CHU de Grenoble et 2 dossiers au CHR de Chambéry, 2 patients seulement sur les 13 étant des usagers de drogue.

Il s'agissait essentiellement d'expositions minimales (dans 82% des cas) et le statut sérologique VIH du patient demeurait le plus souvent inconnu.

Le délai médian de consultation était de 8 heures [0,5; 34].

Bilan Biologique Initial

Il était conforme aux recommandations (Tableau n°4) (3) pour 41% des expositions étudiées. Ce taux variait significativement en fonction du centre hospitalier et au sein de ce dernier, des services où il était réalisé. En effet, au CHU de Grenoble, le bilan initial n'était totalement conforme que dans 20% des cas et non conforme dans 8% des cas. Il était partiellement conforme pour 72% des patients le plus souvent par oubli de dosage des ALAT pour le risque Hépatites dans le Service de Médecine du travail, le dosage du β HCG, les sérologies de la Syphilis ainsi que la PCR Chlamydia lors d'AEV d'ordre sexuel en Service de CMI.

Lorsqu'il était réalisé au SAU, le bilan initial n'était conforme que dans 18% des cas. Au CHR, en revanche, la réalisation du bilan initial correspondait aux recommandations dans 93% des cas et on n'a pas retrouvé pas de bilan non conforme.

Décision Médicale

Lors de la consultation initiale 35% des dossiers spécifiaient l'appel d'un praticien référent, dont 54% des AEV avec un sujet source séropositif pour le VIH.

Un suivi était organisé pour 81% des patients, ce taux variant significativement en fonction du type d'exposition puisque 95% des expositions sexuelles bénéficiaient d'un suivi, contre 76% des expositions professionnelles.

Lorsqu'un suivi était organisé, le délai médian de prise en charge dans le service spécialisé était de 24 heures [0,5; 80], sachant que cette donnée manquait dans 453 dossiers.

Dispensation d'une prophylaxie antirétrovirale (Figures n°1, 2, 3)

La dispensation d'un Traitement Post-Exposition était conforme dans 85% des cas (administration adéquate en fonction du niveau de risque et du type d'exposition). Le pourcentage de personnes exposées pour lesquelles on proposait une prophylaxie antirétrovirale variait beaucoup en fonction du type d'exposition : 68% après exposition sexuelle, 4% après expositions professionnelles et 45% des expositions «autres».

Il était également modifié significativement par l'importance du risque de transmission du VIH et le statut sérologique VIH du patient source, lorsque celui était inconnu. En effet, les expositions sexuelles et «autres» bénéficiaient plus fréquemment d'une prophylaxie, malgré le statut sérologique VIH inconnu du sujet source.

Le TPE administré était conforme aux recommandations pour 100% des dossiers. Il comprenait une trithérapie dans 100% des cas, une association Ténofovir+emtricitabine et lopinavir/r dans 29% des cas et une association Zidovudine+lamivudine et lopinavir/r dans 68% des cas. Les 3% restants étaient les expositions qui avaient reçu le traitement du sujet source séropositif traité, différent des deux trithérapies recommandées.

Le délai médian entre l'exposition et la délivrance du traitement est de 17,5 heures [extrêmes : 2; 400] et ne varie pas en fonction du type d'exposition, de l'importance du risque ou du statut sérologique du patient source.

Enfin un consentement contenant les informations sur la prise en charge et le suivi n'était retrouvé signé dans les dossiers que dans 6,5% des expositions et dans la majorité des cas (90%) dans les dossiers des services de CMI.

Lorsqu'un traitement était délivré, ce pourcentage varie de façon significative, et on retrouvait un consentement écrit signé dans 97% des cas.

Suivi (tableau n°5 et n°6)

Accidents d'exposition au sang (professionnels et "autres")

Une copie de la **fiche de suivi** contenant les informations destinées à la compréhension du suivi biologique et clinique ainsi que des modalités de prise du traitement n'a été retrouvée que pour 42% des patients traités et uniquement ceux du service de Consultation en Maladies Infectieuses du CHU. En revanche, pour les patients non traités, une fiche de suivi a été retrouvée dans 92% des dossiers, ce pourcentage ne variant non significativement qu'en fonction du service: 99% des dossiers des Services de Médecine du travail contre 33% des dossiers des Services de CMI.

Suivi sérologique

Le bilan de **prise en charge du risque VIH** était globalement disponible à J0 et J+30 pour les patients traités, alors qu'il n'était réalisé à J+30 que pour 22% des patients non traités.

Les bilans de suivi à M+2 et M+4 des patients traités manquaient dans respectivement 71% et 65% de l'ensemble des dossiers. Une différence significative apparaissait pour la réalisation du bilan à M+3 des patients non traités en fonction du centre hospitalier, en faveur du CHU.

Enfin le bilan à M+6 n'était présent que dans une minorité des dossiers, avec une variation non significative en fonction du CH, ce bilan étant par ailleurs exclusivement demandé par le Service de Médecine du travail.

La **prise en charge du risque HBV** était globalement réalisée chez 95% des consultants concernés.

La **prise en charge du risque HCV** était réalisée pour 100% des patients bénéficiant du TPE et 93% des patients non traités.

Suivi clinique des patients traités

Une évaluation de fin de traitement n'était disponible que pour 29% des consultants, cette donnée variant en fonction du CH puisqu'elle était uniquement disponible au CHU, et au sein de ce dernier, uniquement en Service de CMI.

L'évaluation de la tolérance était rendue difficile par le peu de données recueillies. En revanche, on notait un arrêt du traitement avant J+15 pour 8 patients, systématiquement lié au fait que ce dernier n'était pas indiqué au départ.

Aucun arrêt de traitement n'était ensuite notifié, la durée totale étant en général de 28 jours.

Arrêts du suivi

Ils ont été constatés chez 52,5% des patients traités, contre 26% chez les patients non traités.

En cas de dispensation d'antirétroviraux, on constatait une poursuite du suivi par le médecin traitant dans 40% des cas, ceci concernant uniquement les patients pris en charge au CHU. Dans 20% des cas ils étaient à l'initiative des spécialistes, suite à l'obtention des sérologies du patient source, revenues négatives, ce qui concernait 50% des patients au CHR et 12,5% des patients au CHU.

Enfin, 40% des arrêts de suivi étaient liés à des patients perdus de vue, représentant 50% des cas au CHR et 37,5% au CHU. Cette variable variait en fonction du service de prise en charge au sein de chaque CH, puisqu'il n'y avait de PDV que dans le Service de Médecine du travail à Chambéry et le Service de CMI au CHU.

Chez les patients non traités, il existait une différence significative entre les deux CH en ce qui concernait les causes d'arrêt du suivi, puisque la quasi totalité des PDV (57% en tout) étaient issus des dossiers du CHU. Une majorité des arrêts du suivi était constatée au CHR suite à l'obtention de résultats sérologiques négatifs pour le patient source (88%). Il existe un nombre équivalent de patients suivis par leur Médecin traitant dans les deux CH. On n'a pas noté de variation de ces pourcentages en fonction du service de prise en charge.

Accidents d'exposition d'ordre sexuel

Une copie de la **fiche de suivi** n'apparaissait que dans un tiers des dossiers.

Suivi sérologique

Le bilan de **prise en charge du risque VIH** était disponible dans la quasi totalité des dossiers.

La **prise en charge du risque vénérien** était globalement mieux réalisée à J0 qu'à J+30 et une PCR Chlamydia Trachomatis demeurait encore peu disponible. Par ailleurs, il existait une différence significative entre les deux CH en ce qui concernait la prescription de la sérologie syphilis, systématiquement réalisée à Chambéry alors qu'elle l'était, au mieux, dans la moitié des cas au CHU.

Les bilans de suivi de M+2 et M+4 n'étaient réalisés respectivement que dans 8% et 39% des cas chez les patients bénéficiant du TPE. Chez les patients non traités, un bilan à M+3 n'apparaissait que dans 22% des dossiers.

La **prise en charge du risque HBV** était réalisée dans deux tiers des cas.

La **prise en charge du risque HCV** était réalisée dans 91% des cas pour les patients traités. On a constaté qu'un contrôle systématique des transaminases était réalisé à J+0 et J+30 lorsque les bilans apparaissaient dans les dossiers.

Suivi clinique des patients traités

Une évaluation en fin de traitement était globalement disponible pour 44% des patients, ce pourcentage variant significativement selon le CH : 88% des patients du CHR contre 35% patients du CHU. La tolérance du traitement, lorsqu'elle était évaluée, était globalement bonne (70% des cas) avec une variation non significative en faveur de l'association Zidovudine+lamivudine et lopinavir/r.

Un arrêt du traitement a été constaté pour un quart des patients, sachant que 65% des arrêts de traitement avant J+15 étaient à l'initiative des spécialistes puisque non indiqués.

Arrêts du suivi

Ils concernaient deux-tiers des patients, sans variation significative entre les deux CH. Parmi eux, une grande majorité était PDV et moins de 10% bénéficiaient d'un suivi par le Médecin traitant. Enfin, 11% des arrêts de suivi pour les victimes d'AEV traitées contre 27% des non traitées, faisaient suite à l'obtention de résultats sérologiques négatifs pour le patient source.

Perdus de vue

Il paraissait intéressant d'évaluer plus précisément cette variable étant donnée sa fréquence parmi les causes d'arrêts de suivi au cours de cette étude. En effet on a constaté 22% de PDV pour l'ensemble des situations d'AEV étudiées dont le suivi était prématurément interrompu.

Ce pourcentage variait, comme nous pouvons le constater plus haut, en fonction du CH, mais de façon non significative (part plus importante de PDV au CHU). Il existait une différence significative selon le service de prise en charge : 42% des patients suivis en Service de CMI contre 13% des patients suivis en Service de Médecine du Travail

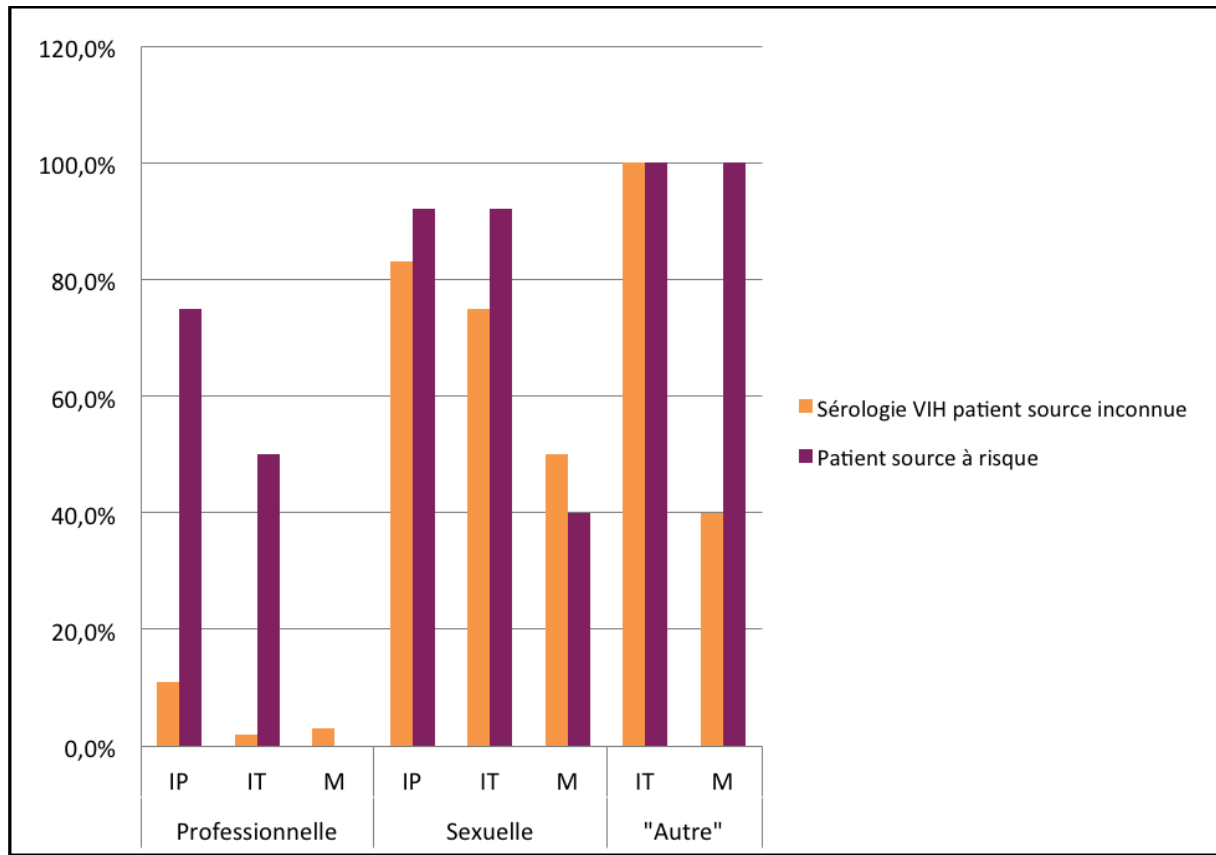
On a observé, pour l'ensemble des dossiers, une différence significative en fonction :

- du **sexe** : plus d'hommes PDV que de femmes
- du **type d'exposition** : plus de PDV si AEV d'ordre sexuel
- de **l'administration d'un traitement ou non** : plus de PDV parmi les patients traités
- de **la mise à disposition d'une fiche suivi pour le patient** : plus de PDV parmi ceux qui n'en recevaient pas
- du **patient source** : plus de PDV parmi les accidents d'exposition avec un patient source considéré comme à risque de séroconversion ou de séropositivité pour le VIH.

Tableau n°3 : Caractéristiques épidémiologiques des expositions

Type d'exposition	CHR+CHU (N=640)			CHR (N=185)			CHU (N=455)		
	prof. (N=468)	sexuel (N=158)	autre (N=13)	prof. (N=135)	sexuel (N=46)	autre (N=2)	prof. (N=333)	sexuel (N=111)	autre (N=11)
Caractéristiques									
Sexe									
Féminin	76%	26,5%	29%	81%	48%	50%	73,5%	32%	37,5%
Masculin	24%	63,5%	61%	18%	52%	50%	26,5%	68%	62,5%
Age médian	28	27	29	31	26,5	41,5	27	28	27
Prise en charge initiale au SAU	64%	47%	78%	79%	43%	100%	64%	47%	78%
Consultation médicale préalable	7%	20,5%	17%	0%	0%	0%	7,5%	28%	16,5%
Statut vaccinal HBV connu	95%	62%	31,5%	99%	64%	0%	93%	61%	41%
Protection HBV	97%	46,5%	44%	97%	49%	0%	97%	45,5%	55,5%
Risque de transmission du VIH									
Important	9%	22,5%	0%	19%	28,5%	0%	4,5%	19%	0%
Intermédiaire	67%	66,5%	18%	56%	62,5%	0%	7,5%	68,5%	20%
Minime	24%	11%	82%	25%	9%	100%	24%	12,5%	80%
Statut sérologique du patient source									
Inconnu	89%	89%	90%	1%	36%	100%	85,5%	87%	92%
VIH+	7%	55%	100%	5%	3%	0%	7,5%	47%	100%
A risque	7,5%	75%	100%	7%	82%	100%	8%	71%	100%
Délai médian de consultation (h)	1	15,8	8	0,5	14	1,25	4,4	17	11

Figure n°1 : Dispensation de la prophylaxie antirétrovirale en fonction du type d'exposition et du risque de transmission du VIH pour l'ensemble des patients



IP : Important

IT : Intermédiaire

M : Minime

Figure n°2 : Dispensation de la prophylaxie antirétrovirale en fonction du type d'exposition et du risque de transmission du VIH pour les patients du CHU

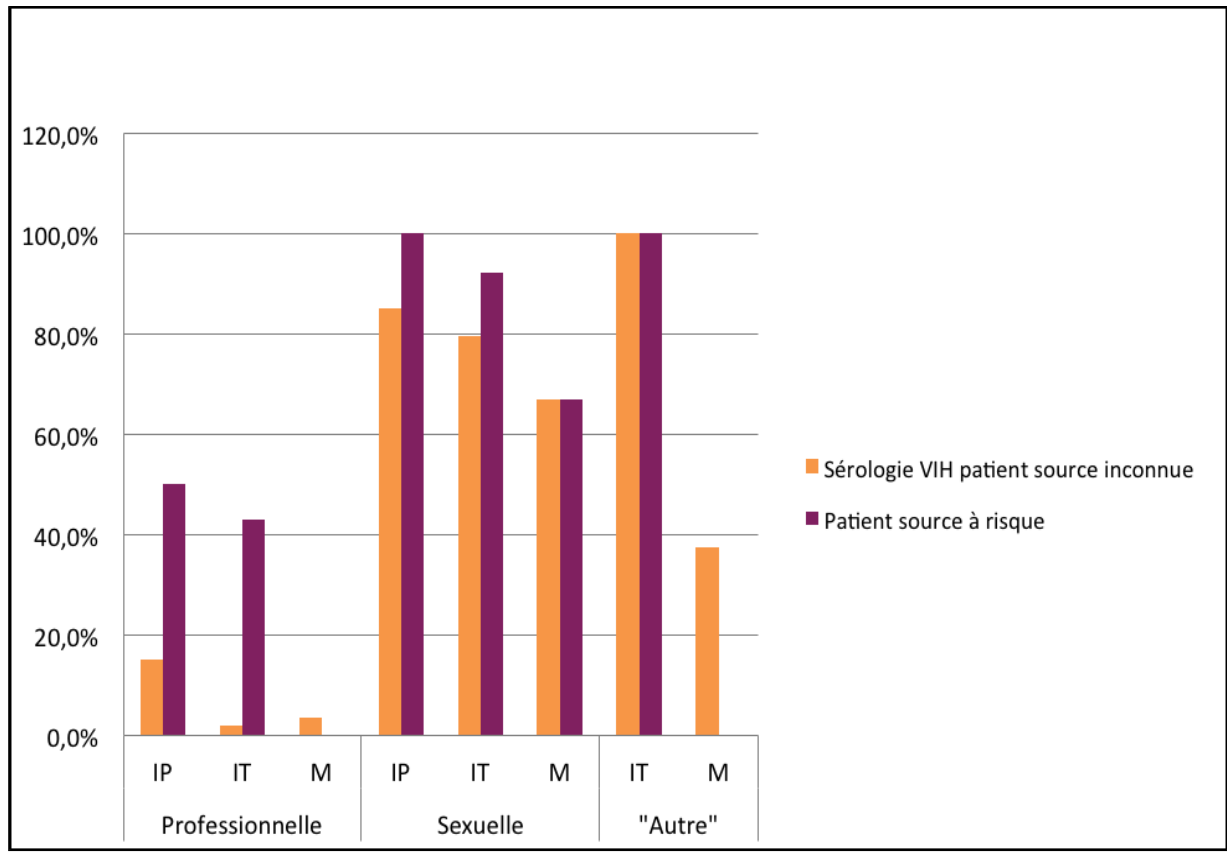


Figure n°3 : Dispensation de la prophylaxie antirétrovirale en fonction du type d'exposition et du risque de transmission du VIH pour les patients du CHR

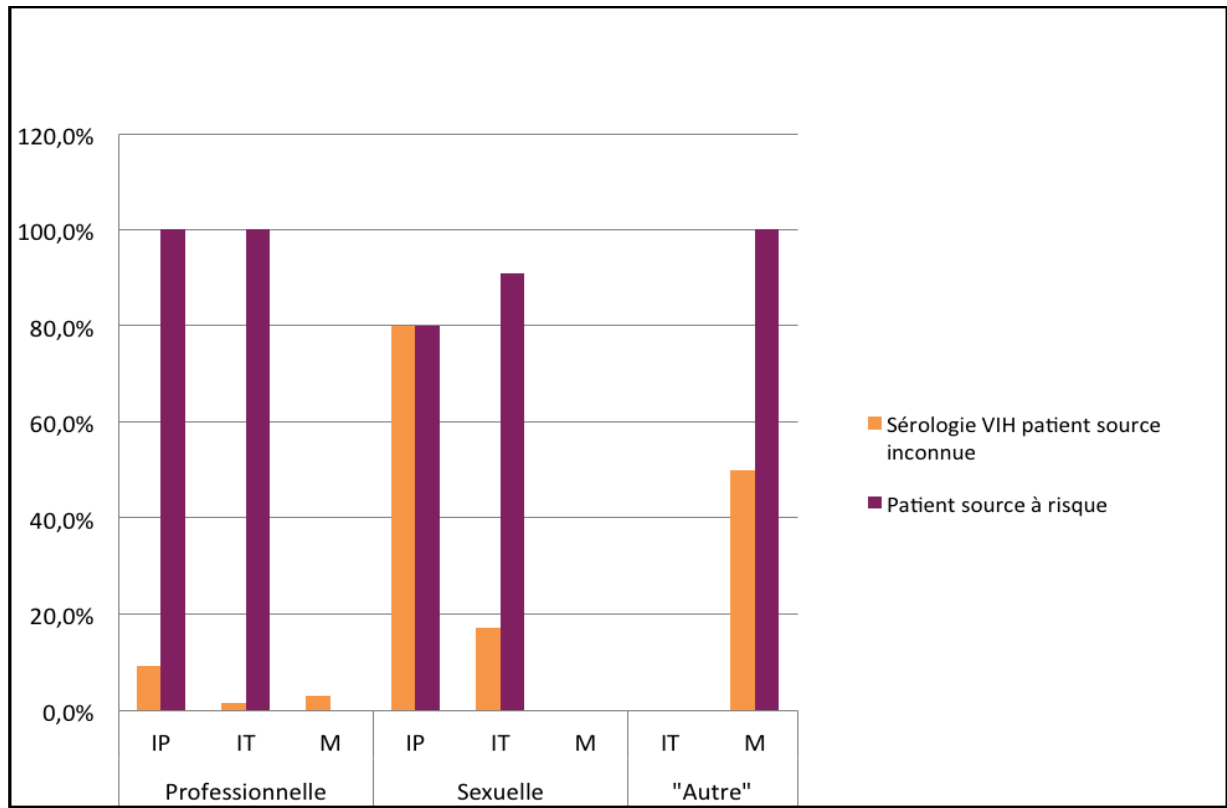


Tableau n°4: Conformité de la prise en charge des AEV en fonction du centre hospitalier

	CHR+CHU	CHR	CHU
Conformité de la prise en charge			
[dossiers manquants]			
Bilan initial	41% [15]	93%	20% [6]
Décision d'administration d'un TPE*	85%	94%	84%
Délai dispensation du TPE (h) [extrêmes]	17,5 [2-400]	14,5 [2-48]	19 [2-400]
Conformité du ttt administré	100%	100%	100%
Signature d'un consentement	6,5% [103]	10% [20]	5% [82]
Appel d'un référent	35% [393]	65% [140]	26,5% [263]
Organisation d'un suivi	81% [5]	50% [4]	94% [1]
Délai médian de prise en charge en service spe [extrêmes]	24 [0,5-80]	24 [2-80]	24 [0,5-80]
Information du patient (fiche suivi)	72% [1]	79%[1]	69%
Prise en charge du risque VHB	91% [60]	94% [6]	89% [54]
Prise en charge du risque VHC	97% [163]	100% [49]	96% [114]
Accompagnement psychologique des AEV sexuels	5% [494]	9%	3% [3]

*administration adéquate du traitement en fonction du niveau de risque et du type d'exposition

Tableau n°5 : Recommandations pour le suivi biologique des patients victimes d'AEV³

Tableau du suivi biologique de la personne exposée aux virus VIH, VHC, VHB				
	AES traité	AES non traité	Exposition sexuelle traitée	Exposition sexuelle non traitée
J0	-NFS -ALAT - Créatinine et/ou amylase selon prescription -Test sanguin de grossesse -Sérologie VIH, -Sérologie VHC - Ac anti-HBs si vacciné sans taux connu. ou dépistage par AgHBs et Ac anti-HBc si non vacciné	-Sérologie VIH -ALAT + Sérologie VHC -Ac anti-HBs si vacciné sans taux connu ou dépistage par AgHBs et Ac anti-HBc si non vacciné	-NFS -ALAT - Créatinine et/ou amylase selon prescription -Test sanguin de grossesse -Sérologie VIH - Ac anti-HBs si vacciné sans taux connu ou dépistage par AgHBs et Ac anti-HBc si non vacciné - TPHA-VDRL	-Sérologie VIH -Ac anti-HBs si vacciné sans taux connu ou dépistage par AgHBs et anti-HBc. -TPHA VDRL
J15	-NFS -ALAT - Créatinine et/ou amylase selon prescription -PCR VHC si PCR + chez sujet source	-PCR VHC si PCR + chez source + ALAT	-NFS -ALAT - Créatinine et/ou amylase selon prescription	Pas de bilan biologique
J30	-NFS -ALAT -Sérologie VHC si risque VHC	-Sérologie VIH -Sérologie VHC et ALAT si risque VHC	-NFS -ALAT -TPHA-VDRL selon risque	-Sérologie VIH -TPHA-VDRL selon risque
M2	-Sérologie VIH	Pas de bilan biologique	-Sérologie VIH	Pas de bilan biologique
M3	Pas de bilan biologique	-Sérologie VIH -Sérologie VHC et ALAT si risque VHC	Pas de bilan biologique	-Sérologie VIH
M4	-Sérologie VIH -Sérologie VHC et ALAT si risque VHC	Pas de bilan biologique	-Sérologie VIH	
M6	-Sérologie VHC et ALAT si risque VHC - Ac anti-HBc si non répondeur ou non vacciné	--Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Sérologie VHC et ALAT - Ac anti-HBc si non répondeur ou non vacciné	- ALAT et Ac anti-HBc si non répondeur ou non vacciné	- ALAT et Ac anti-HBc si non répondeur ou non vacciné

Tableau n°6 : Suivi biologique et clinique des patients victimes d'AEV en fonction du type d'exposition et du centre hospitalier

	CHR+CHU (N=639)		CHR (N=184)*		CHU (N=455)*	
	Traités	Non traités	Traités	Non traités	Traités	Non traités
AEV professionnels et « autres » :	N=19	N=434	N=6	N=133	N=13	N=301
Suivi: (%)						
Fiche de suivi	42%	92%	0%	96%	61,5%	90%
J0	95%	98%	100%	100%	92%	98%
J+15	64,5%		25%	1%	62%	61%
J+30	35%		50%	7,5%	31%	39%
M+2	29%		25%		31%	
M+3				5%		52,5%
M+4	35%		50%		31%	
M+6		22%	25%	14%	0%	26,5%
Arrêt du suivi	52,5%	26%	100%	28%	61,5%	25,5%
-Perdus de vue	40%	57%	50%	2,5%	37,5%	84%
AEV d'ordre sexuels :	N=100	N=40	N=28	N=16	N=72	N=24
Suivi: (%)						
Fiche de suivi	37%	33%	46%	33%	33%	33%
J0	92%	89%	100%	93%	92%	88%
-TPHA-VDRL	70%	68%	67%	92%	59%	52%
-PCR Chlamydia	14%	27%	44%	62%	3%	5%
J+15	35%		0%		39%	
J+30	35%	41%	100%	69%	31%	25%
-TPHA-VDRL	48%	53%	94%	67%	30%	33%
-PCR Chlamydia	3%	7%	12%	11%	0%	0%
M+2	8%		20%		4%	
M+3		22%		69%		16%
M+4	39%		28%		42%	
Arrêt du suivi	62%	97%	75%	56%	57%	83%
-Perdus de vue	82%	65,5%	71%	89%	88%	55%

* 5 types d'exposition non précisés au CHR

* 45 types d'exposition non précisés au CHU

DISCUSSION

L'analyse des entretiens traduit de bonnes connaissances générales dans l'ensemble. Les acteurs ont néanmoins évoqué des difficultés d'application des procédures en place et souhaitent voir se développer une activité de formation autour de la prise en charge des AEV.

Certains participants avaient reçu une formation initiale à la mise en place des protocoles mais la notion même de formation médicale continue au sein des deux hôpitaux étudiés apparaît presque inexistante. L'ANAES avait par ailleurs montré dans une étude réalisée en Janvier 2000 que ce dernier outil, isolé du reste des méthodes de mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ne suffisait pas pour avoir un impact sur les connaissances des médecins ⁸.

Partant du constat de difficultés dans l'application des procédures et afin d'améliorer la prise en charge des AEV, le SAU de l'hôpital Bichat-Claude Bernard a par exemple mis en place en 2008, un outil informatique d'aide à la prescription et à l'orientation à l'aide du logiciel URQUAL ⁹.

Les personnes interviewées considèrent pour la plupart tenir un rôle central dans le dispositif de prise en charge des AEV et par là même tenir un rôle plus large de dépistage pour le VIH. Des études ont démontré que la réalisation du dépistage du VIH à l'aide d'un Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) est bien acceptée par la population venant consulter aux urgences ^{10,11}. Des stratégies de dépistage de masse (non ciblé sur les populations dites « à risque ») ont été évaluées et montrent que l'on peut détecter les patients séropositifs à un stade plus précoce, ce qui permet de diminuer les risque de transmission et donc l'incidence du VIH ¹².

Le dispositif hospitalier en place dans chacun des deux centres hospitaliers étudiés montre que des outils d'aide à la décision sont disponibles et connus, conformément aux recommandations émises dans la circulaire DGS de 2008 ³.

La difficile mise en œuvre de la confidentialité de la prise en charge, notamment en Service d'Accueil des Urgences, demeure un point sur lequel s'accorde l'ensemble des personnes interrogées.

Différentes pistes d'amélioration du dispositif en place ressortent des entretiens effectués.

On note tout d'abord un souhait d'allègement et de synthèse des procédures en place. Outre les besoins de formations, une promotion de la coordination et de la communication entre les « référents » s'avère nécessaire afin de garantir une prise en charge optimale des patients et de prévenir la récurrence de ce genre d'accidents. L'ensemble de ces suggestions permet de rappeler l'importance du COREVIH, bien que peu connu comme le révèlent les entretiens, dans la prévention et l'amélioration de la prise en charge des AEV^{13, 14, 15}.

Cette structure régionale a 3 missions principales dans le domaine de la lutte contre l'infection par le VIH, définies par le décret du 15 novembre 2005 et précisées par la circulaire du 19 Décembre 2005 :

-Favoriser la coordination de l'ensemble des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé.

-Procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques recueillies sur son territoire afin d'établir un diagnostic partagé de la situation locale et de proposer les réponses les plus adaptées.

-Participer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation et à l'harmonisation des pratiques

Enfin, certaines réponses soulignent un besoin d'élargissement du dispositif aux structures non hospitalières parfois mieux adaptées à la prise en charge des AEV, notamment en terme de confidentialité et de counseling, comme les CDAG ou les médecins généralistes en ville¹⁶.

L'étude réalisée récemment par C. Letiers auprès des médecins généralistes des régions Isère et Savoie montre cependant des lacunes dans leurs connaissances concernant l'épidémiologie du VIH, les modalités du dépistage ou encore la conduite à tenir devant un AEV¹⁷.

A l'issue de notre travail, un partenariat avec le COREVIH de l'Arc Alpin et C. Letiers a été établi, afin d'élaborer une fiche d'information concernant la prévention du VIH. Des études ont montré que, en complément d'une consultation médicale bien menée, les fiches d'information adressées aux patients (FIP) ont un réel intérêt en terme d'amélioration de la qualité des soins^{18, 19}. Elles aident les médecins dans leur démarche préventive et qualitative.

Nous avons donc fait le choix de réaliser une FIP, associée à une liste des structures référentes dans la prévention du VIH pour chaque département de l'Arc Alpin, que les médecins de ville de notre région pourront mettre à disposition des patients dans leur cabinet (annexe n°4).

L'étude de pratiques sur les dossiers d'AEV enregistrés du 1er Janvier au 31 Décembre 2009 au sein de deux centres hospitaliers de l'Arc Alpin (le CHU de Grenoble et le CHR de Chambéry) révèle dans l'ensemble des difficultés d'application des recommandations émises en 2008.

Les **caractéristiques épidémiologiques** des patients étaient similaires dans les deux hôpitaux, et comparables aux résultats de l'évaluation nationale réalisée en 2003 par l'InVS⁵ :

-les caractéristiques des *expositions déclarées chez le personnel* étaient proches de celles recueillies au cours de la surveillance des AEV réalisée dans la plupart des établissements de soins.

On constate néanmoins une sur-représentation d'expositions à sujet source de statut VIH inconnu, du fait des critères d'exclusion (sources s'avérant négatives pour le VIH ou ne disposant pas de sérologie VIH récente). Les accidents professionnels demeurent majoritaires, malgré la formation initiale généralement délivrée lors de la prise de poste ainsi que la mise à disposition des procédures dans chaque service. Il s'agit majoritairement de femmes, ce qui paraît logique, au vu de la féminisation des métiers de la santé.

-les *expositions d'ordre sexuel* concernent plus souvent les hommes. Il s'agit pour la plupart d'accidents au décours de relations hétérosexuelles avec un partenaire inconnu. Les rapports ne sont pas protégés dans plus de la moitié des cas. Ces données devraient impliquer un renforcement des messages de prévention notamment lors de la prise en charge initiale, ce qui n'apparaît pas évident si la consultation initiale a eu lieu au SAU.

-les *expositions « autres »* rassemblent majoritairement des piqûres par seringues abandonnées. On remarque que peu d'usagers de drogues par voie IV fréquentaient le dispositif de prise en charge.

-les *niveaux de risques de transmission du VIH* sont la plupart du temps intermédiaires, aucune séroconversion n'ayant été relevée dans les dossiers. En revanche, le risque lors des expositions « autres » demeure « minime » en règle générale.

-le *délai médian de consultation* est significativement plus long pour les expositions sexuelles. Il est alors difficile de prétendre à une efficacité maximale du TPE éventuellement prescrit³.

-un *passage initial au SAU* n'était notifié que dans la moitié des dossiers. Ce dernier augmente à l'hôpital de Chambéry du fait de l'obligation pour les professionnels de santé, dans sa procédure, d'y faire réaliser le certificat initial d'accident du travail. De plus, lors de l'analyse des dossiers des services spécialisés, cette donnée n'était parfois pas disponibles.

La **conformité du bilan biologique initial** varie de façon significative en fonction du centre hospitalier et du service de prise en charge. On note en effet des difficultés au CHU et plus particulièrement au Service d'Accueil des Urgences, sans doute en raison d'un défaut de formation continue à ce niveau (tableau n°1). Par ailleurs, le protocole de prise en charge des AEV du CHU « autorise » les médecins à dispenser le TPE sans réalisation du bilan initial, à condition de l'adresser dans les 48 à 72 heures en Service de CMI.

Conformément aux recommandations, une **consultation de suivi** est organisée pour la majorité des victimes d'AEV. Un suivi est plus souvent disponible pour les AEV d'ordre sexuel que pour les AEV professionnels, du fait de la décision du Service de Médecine du Travail du CHR d'arrêter le suivi en cas de sérologies retrouvées négatives pour le patient source. Le **délai médian de la consultation en service spécialisé**, lorsqu'il est précisé dans le dossier, reste inférieur à 72 heures, donc conforme aux bonnes pratiques ³.

Concernant les pratiques de **prescription du TPE**, les recommandations incitent à prescrire largement des antirétroviraux dans plusieurs situations : une exposition même minime avec un sujet source séropositif pour le VIH, une exposition à risque important ou intermédiaire d'ordre professionnelle ou sexuelle et un usager de drogues ayant pris un risque important, même si le statut du sujet source était inconnu. Dans l'étude menée ici, on constate une sur-prescription du TPE en cas d'AEV d'ordre sexuel et une moindre dispensation chez les professionnels de santé. On peut expliquer ce phénomène par la difficulté de retrouver, dans le premier cas, le patient source afin de lui faire réaliser les sérologies. Par ailleurs les professionnels exposés, et en particuliers les professionnels de santé, demeurent moins « demandeurs » d'une prophylaxie, sans doute de part leur connaissance de ses effets indésirables potentiels. A noter qu'au vu du coût du TPE (près de 1000 euros selon l'association prescrite) et de la fréquence des dispensations sur demande de la personne exposée, une meilleure gestion de l'information donnée aux patients permettrait certainement de réduire les coûts liés à l'activité AEV au sein d'un hôpital.

Une étude réalisée à San-Francisco et parue en Juillet 2011 montre que l'efficacité du TPE suite

à un AEV d'ordre sexuel dépend en grande partie de l'évaluation initiale des risques de récurrence et de la qualité de l'information délivrée aux patients ²⁰.

La trithérapie la plus prescrite est l'association Zidovudine+lamivudine et lopinavir/r, correspondant aux recommandations en vigueur en 2009 ³. Les recommandations actuelles préconisent plutôt l'utilisation de l'association Ténofovir+emtricitabine et lopinavir/r en première intention, puisque mieux tolérée que la précédente ⁴.

Dans l'ensemble, les délais de prescription du TPE sont conformes aux recommandations.

Le **suivi en service spécialisé** n'apparaît que partiellement conforme dans les deux centres hospitaliers étudiés, notamment pour les AEV d'ordre sexuel.

Tout d'abord, la copie de la fiche d'information pour le patient n'est disponible en majorité que pour les AEV d'ordre professionnels.

La prise en charge des risques de transmission des Hépatites B et C est mieux réalisée en Service de Médecine du travail. Ceci s'explique, pour le VHB, par une meilleure surveillance et couverture vaccinale chez le personnel de santé en particulier, puisque celle-ci constitue une condition nécessaire à l'emploi. En ce qui concerne le risque VHC, on constate plus d'accidents par effraction cutanée parmi le personnel hospitalier, ce qui implique une surveillance accrue pour ce risque infectieux. La sérologie demeure en revanche plus souvent utilisée que la PCR, dorénavant conseillée afin de pouvoir réduire la durée du suivi.

On observe, en règle générale, un suivi très irrégulier à partir de M+2, en ce qui concerne les AEV d'ordre sexuel, et M+3, pour les expositions professionnelles ou « autres ». Les recommandations émises en 2010 dans le rapport Yeni réduisent le suivi des personnes exposées à six semaines en absence de dispensation d'un traitement, ce qui devrait faciliter le suivi dans les années à venir ⁴.

La **prise en charge du risque vénérien** suite aux accidents d'exposition d'ordre sexuel est globalement conforme à J0, significativement meilleure au CHR de Chambéry où elle est spécifiée sur les procédures. Les patients bénéficient alors fréquemment de la réalisation d'une sérologie syphilis mais trop peu d'une recherche par PCR d'infection par Chlamydia Trachomatis, faisant pourtant partie des recommandations. La surveillance des IST n'est presque jamais réalisée à J+30, or ces pathologies sont actuellement ré-émergentes en France ²¹. De plus, leur rôle favoriserait la survenue d'une infection par le VIH ²². On considère donc que leur dépistage est un enjeu de santé publique, dans le cadre de la prévention du VIH notamment.

L'étude montre un nombre important de patients **perdus de vue**.

Le manque d'information initiale donnée au patient constitue logiquement un risque.

Les hommes paraissent significativement plus à risque, ce que l'on peut expliquer par une proportion plus élevée de PDV pour les accidents d'exposition d'ordre sexuel. Au CHU, la procédure incitant les professionnels de santé exposés à se présenter jusqu'à la dernière consultation de suivi afin d'obtenir le certificat final d'accident du travail, il y a moins de risques de PDV.

Les résultats montrent également un nombre plus important d'arrêts prématurés du suivi lorsque le patient reçoit un traitement, ce que l'on ne peut expliquer que par les effets indésirables potentiels ou les dispensations injustifiées, « sur demande ». Ces prescriptions, une fois remises en question par un infectiologue, peuvent rassurer le patient, et l'inciter à mettre un terme à son suivi.

On peut également constater qu'en cas d'exposition avec un sujet source à risque de séroconversion ou même séropositif, le nombre de perdus de vue est significativement augmenté. Ces données confirment le constat fait par la Mission de Réduction des Risques (RDRs) en 2009 d'une augmentation de la prévalence du VIH et des IST dans certains groupes fortement exposés ²³. L'objectif de la mission était donc d'améliorer la prévention de l'infection VIH et des IST observées au cours de l'infection VIH, ou dans les groupes dits "à risque":

- les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRSH)
- la population des Antilles et de la Guyane
- les personnes séropositives et leurs partenaires
- les populations migrantes originaires de pays d'endémie

Dans cette optique, le CDCP aux Etats-Unis a mis en évidence l'efficacité des méthodes de prévention comportementale dans la réduction des risques de transmission sexuelle du VIH chez les HRSH ²⁴.

L'étude publiée par Le Divenah et al montre l'intérêt de l'évaluation des pratiques professionnelles dans l'amélioration de la prise en charge des patients, de la qualité des soins et de la responsabilisation des acteurs, assurant ainsi une action pérenne ²⁵. Cette enquête de pratiques menée de 2005 à 2007 au sein de l'hôpital Lariboisière a permis la diminution du nombre de patients perdus de vue, un meilleur suivi de l'observance et du risque iatrogène.

Les **limites de l'étude** résident essentiellement dans la réalisation de l'enquête de pratiques.

En effet, il s'agit d'une étude rétrospective qui entraîne un risque de biais de sélection ainsi que le recueil de données non fiables, car incomplètes.

Nous avons par exemple constaté un nombre important de patients perdus de vue au cours de leur suivi. Par ailleurs le remplissage des dossiers s'avérait peu satisfaisant dans un nombre important de cas. Ce manque de traçabilité ne pouvait que concourir aux difficultés de mise en oeuvre des recommandations et constitue un point à améliorer en terme de qualité de prise en charge des patients.

Par ailleurs, les résultats de cette étude ne sont valables que pour les procédures en place en 2009, les recommandations professionnelles émises en 2010 ayant entraîné leur modification dans chacun des deux hôpitaux investigués.

Il conviendrait donc de réaliser une nouvelle évaluation des pratiques, en prenant en compte les procédures réactualisées de chaque hôpital. Il serait également intéressant d'inclure dans cette évaluation d'autres établissements de soin de l'Arc Alpin, afin d'avoir des données plus complètes sur la prise en charge territoriale des AEV.

THESE SOUTENUE PAR JULIA KROTOFF

TITRE :

**EVALUATION DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES
SITUATIONS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL CHEZ L'ADULTE :
EXEMPLES DES CHU DE GRENOBLE ET CHR DE CHAMBERY**

CONCLUSION

L'objectif de l'étude était d'évaluer, à travers une enquête organisationnelle et de pratiques, la prise en charge des AEV au sein de deux hôpitaux référents de l'Arc Alpin. Le référentiel récemment mis en place par la SFLS à l'intention des COREVIH nous a permis d'appliquer un outil validé par cette société aux pratiques professionnelles.

L'audit organisationnel a mis en évidence une implication importante des acteurs de santé dans le dispositif de prise en charge des AEV, ainsi que leur volonté de participer à son amélioration.

Les AEV demeurent cependant pour certains des situations complexes à gérer tant sur le plan médical que sociétal. Le circuit de prise en charge des accidents d'exposition reste mal adapté, malgré la mise à disposition de procédures d'aide à la décision et la présence de référents.

L'enquête de pratiques montre des non conformités dans la prise en charge des AEV par rapport aux référentiels de bonne pratique.

On observe des délais de consultation trop longs, une sur-prescription de TPE ainsi qu'un suivi non optimal, notamment pour les AEV d'ordre sexuel. Un renforcement de la prévention des accidents d'exposition dans les groupes dits « à risque », ainsi qu'un relais de l'information en population générale concernant les bénéfices et risques du TPE seraient à envisager. Par ailleurs, les recommandations émises en 2010 par l'HAS réduisant à six semaines le suivi des victimes d'AEV non professionnels, en l'absence de traitement, devraient permettre son amélioration.

L'enquête montre enfin la persistance d'un nombre important d'AEV chez les professionnels de santé malgré l'existence d'une formation initiale et la prise de conscience récente du problème.

L'ensemble de ces observations permet de dégager deux pistes principales d'amélioration de la prise en charge des AEV :

- l'établissement d'un dispositif territorial élargi aux structures de proximité comme les associations, les CDAG ainsi que les cabinets de médecins généralistes, en lien avec les référents hospitaliers. Ces structures apparaissent en effet plus adaptées à la prise en charge des patients victimes d'accidents d'exposition en ville, lorsqu'ils ne nécessitent pas de traitement. Elles représentent par ailleurs des lieux privilégiés pour la délivrance d'un véritable message de prévention et permettent un meilleur respect de la confidentialité.
- le renforcement du rôle du COREVIH, de par ses missions de coordination des acteurs, d'analyses épidémiologiques sur le terrain mais également d'harmonisation des pratiques. Dans ce cadre, le développement d'une activité de formation continue paraît constituer un outil indispensable, en complément d'une information écrite.

C'est dans cet objectif et au décours d'une étude menée en début d'année par C. Letiers portant sur le dépistage du VIH chez les médecins généralistes d'Isère et de Savoie, que nous avons décidé, en partenariat avec le COREVIH de l'Arc Alpin, d'élaborer une fiche d'information destinée à la fois aux médecins et à leurs patients. Celle-ci pourrait être distribuée d'ici la fin de l'année 2011.

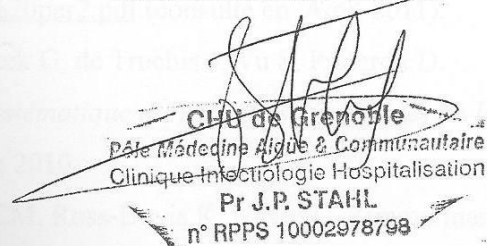
VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 12/3/2011

LE DOYEN
PROFESSEUR J.P ROMANET



LE PRESIDENT DE THESE
PROFESSEUR J.P STAHL



BIBLIOGRAPHIE

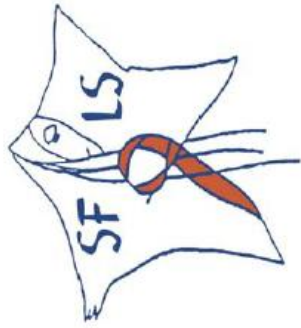
1. Girard PM, Katlama C, Pialoux G. Expositions accidentelles au VIH : prévention des risques professionnels et règles de désinfection. VIH. Édition Doin 2004 : 591-606.
2. Florence L, Florence A. Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHB et le VHC chez le personnel de santé. Situation au 31 Décembre 2009. Rapport InVS. 2009.
3. Circulaire Interministérielle N°DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative à la prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine.
4. Rapport d'experts Yéni 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.
5. Évaluation nationale de la prise en charge thérapeutique des expositions au VIH : impact des recommandations d'Avril 2003. BEH n°48/2004.
6. SFLS. Référentiels EPP AES et guide d'utilisation.
http://www.sfls.aei.fr/epp/doc/2008/referentiels_epp_aes.pdf. (consulté en Septembre 2011).
7. Roemer MI, Montoya-Aguilar C. L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé primaires. OMS 1989. Publication offset n°105.
8. ANAES. Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales. Janvier 2000. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/effimeth.pdf>. Consulté en Août 2011.
9. Aysoy, C. Projet qualité: Prise en charge des AES au SAU Bichat-Claude Bernard.
<http://www.geres.org/docpdf/j18%20CA%20par2.pdf> . Consulté en Août 2011.
10. Crémieux AC, Wilson d'Almeida K, Kierzek G, de Truchis P, Vu ., Prateron D. Acceptabilité et faisabilité du dépistage systématique du VIH dans 27 services en Ile de France (ANRS 95008 et Sidaction). Mai 2009 Août 2010. BEH, 30 novembre 2010.
11. Batey DS, Hogan VL, Cantor R, Hamlin CM, Ross-Davis K, Nevin C, Zimmerman C, Thomas S, Mugavero MJ, Willig JH. Routine VIH testing in the emergency department : assesment of patient perceptions. AIDS Res. Hum. Retroviruses. 26 Juillet 2011.

12. Haukoos JS, Hopkins E, Conroy AA, Silverman M, Byyny RL, Eisert S, Trhun MW, Wilson ML, Hutchinson AB, Forsyth J, Johnson SC, Heffelfinger JD, Denver Emergency Department HIV Opt-out Study Group. *JAMA*. 2010 Jul 21; 304(3):284-92
13. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article 158.
14. Décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le VIH.
15. Décret n°2007-438 du 25 mars 2007 modifiant le décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine.
16. Consensus formalisé : Prise en charge de l'infection par le VIH en médecine générale et médecine de ville. Texte long. SPILF et SFLS. Avril 2009.
17. Letiers C. Prévention du VIH : connaissances et attitudes des médecins généralistes d'Isère et de Savoie. Thèse présentée pour l'obtention du doctorat de médecine générale. Octobre 2011.
18. Sustersic M, Meneau A, Drémont R, Paris A, Laborde L, Bosson JL. Elaboration de fiches d'information pour les patients en médecine générale : proposition d'une méthodologie. *La revue du praticien* Vol. 58. Décembre 2008.
19. Sustersic M, Voorhoeve M, Menuret H, Baudrant M, Meneau A, Bosson J-L. Fiches d'information pour les patients : quel intérêt ? L'étude EDIMAP. *La revue de la médecine générale* n°276. Octobre 2010.
20. Roland M-E, Neilands T-B, Krone M-R, Coates T-J, Franes K, Chesney M-A, Kahn J-S, Martin J-N. A randomized non inferiority trial of standard versus enhanced risk reduction and adherence counseling for individuals receiving post-exposure prophylaxis following sexual exposures to HIV. 2011 Jul 1;53(1):76-83. *Clinic Infectious Diseases*. HIV/AIDS. Juillet 2011.
21. Herida M, Michel A, Goulet V, Janier M, Sednaoui P, Dupin N, Barbeyrac B, Semaille C. Epidémiologie des infections sexuellement transmissibles en France. *Médecine et Maladies infectieuses*. Volume 35, Issue 5, pages 281-289. Mai 2005.
22. Gallay A, Bouyssou A, Fischer A, Dupin N, Laissau F, Lemarchand N, Keplak G, Alkcaraz I, Vernay-Vaisse C, Leclerc M, Nassar N, Sednaoui P, Janier M, de Barbeyrac B, Semaille C et partenaires du réseau RésIST. L'infection par le VIH parmi les patients avec un diagnostic d'infection sexuellement transmissible dans le réseau RésIST entre 2000 et 2007 en France. *BEH* 45-46. Décembre 2008.

23. Pialoux G, Lert F. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis à vis du VIH et des IST. Rapport RDRs. Décembre 2009.
24. Johnson W-D, Diaz R-M, Flanders W-D, Goodman M, Hill A-N, Holtgrave D, Malow R, McClellan W-M. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. Cochrane Database System Review. Juillet 2008.16;(3):CD001230
25. Le Divenah A, David S, Brigone M, Chau I, Segouin C, Kauffmann C, Benabdelmoumen G, Shelly M, Regnier C, Sellier P, Bertrand D. Management and follow-up of patients treated with antiretroviral prophylaxis: an evaluation of professional practices]. Santé Publique. Juillet -Aout 2010; 22(4):393-403.

ANNEXES

Annexe n°1 : Référentiel SFLS EPP AES et son guide d'utilisation



Société Française de
Lutte contre le Sida

REFERENTIELS EPP AES

Dispositif préalable

Références	Critères	Exemples d'indicateurs	Niveau de preuve	Validé
La prise en charge des AES fait partie des missions de la COREVIH	La COREVIH coordonne la prise en charge des AES sur l'ensemble de son secteur	Existence d'un groupe de travail (ou autre) spécifique des AES au niveau de la COREVIH et description des modalités Existence d'un rapport annuel de la COREVIH sur le sujet et description des modalités Existence d'un recueil de données de l'activité AES à l'échelle de la COREVIH et description des modalités Existence d'un répertoire des ressources de prise en charge des AES sur le secteur de la COREVIH et description des modalités : liste des services 1 ^{ère} et 2 ^{ème} lignes, numéros de téléphone, horaires, ... relevé des EPP concernant la prise en charge des AES sur le territoire de la COREVIH (nombre, nombre de médecins inclus, état d'avancement, ...) Partie du rapport d'évaluation de la COREVIH concernant la prise en charge des AES		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
Les modalités de prise en charge des AES sont connues et suivies par la COREVIH, quel que soit le statut de l'établissement	La COREVIH évalue son activité dans le domaine de la prise en charge des AES Un protocole est présent dans tous les établissements de soins publics ou privés de l'espace territorial couvert par la COREVIH	% d'établissements (dans le territoire de référence de la COREVIH) disposant d'un protocole/ recommandation, jugé conforme aux bonnes pratiques par la COREVIH Taux de couverture de la diffusion du protocole parmi les établissements (dans le territoire de référence de la COREVIH) disposant du protocole ; Existence d'un protocole à destination des professionnels hors hôpital Existence d'une réponse téléphonique de 1 ^{er} niveau pour un AES 24h/24 et 7j/7 sur l'ensemble du secteur de la COREVIH (description des modalités) Accès à une évaluation médicale simple permettant la délivrance d'un TT d'urgence standard 24h/24 7j/7 (par enquête) Existence de structure(s) de dispensation des ARV de 1 ^{er} niveau 24h/24 et 7j/7 par territoire de santé (description des modalités)		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
La COREVIH s'assure de l'absence de disparité du dispositif de prise en charge des AES au sein de son territoire	L'accès à un avis médical pour un AES sur le secteur de la COREVIH est permanent 24h/24 et 7j/7 L'accès aux ARV pour un AES sur le secteur de la COREVIH est permanent 24h/24 et 7j/7 Il existe une possibilité de recours à des tests sérodiagnostics rapides	% d'établissements disposant de tests sérodiagnostics rapides VIH % d'établissements ayant une procédure de référencement médical secondaire pour les cas particuliers (enfants, gynéco obstétrique, partenaires)		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
Cas complexes	Il existe un référencement secondaire pour des AES particuliers (enfants, obstétrique,...)			0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>

<p>La COREVIH est capable d'estimer l'activité d'AES sur son territoire</p>	<p>Il existe un recueil par la COREVIH des AES sur son territoire</p>	<p>...): description des modalités, plages horaires & hebdomadaires</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/></p>
<p>La COREVIH favorise une prise en charge coordonnée des AES</p>	<p>L'activité de prise en charge par la médecine du travail pour les AES du personnel de l'établissement est quantifiée</p>	<p>Total des AES toutes causes et par principales causes % des établissements concourant au recueil</p> <p>% d'établissements où les informations suivantes sont quantifiées annuellement :</p> <p>1. nombre de déclarations d'AT pour AES</p> <p>2. nombre de prises en charge en médecine du travail chez des soignants</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/></p>
<p>La COREVIH favorise une prise en charge coordonnée des AES</p>	<p>Les différents établissements impliqués dans la prise en charge des AES ont établi des procédures concertées</p>	<p>Existence d'un programme de réduction des AES</p> <p>% d'établissements de soins disposant d'un répertoire des ressources en matière d'AES et description des modalités</p> <p>La procédure de prise en charge des AES est retrouvée dans les structures suivantes et est également archivée par la COREVIH. :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urgences, CDAG, CDG, Centres de Soins Dentaires - Médecine du Travail - gynécologie obstétrique, pédiatrie - laboratoire de microbiologie (viro, bactériologie, parasitologie) - pharmacie - Autres services référents de la COREVIH (infectieux, ...) 	<p>0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/></p>
<p>La COREVIH favorise l'information quant à la prise en charge des AES sur son territoire</p>	<p>une procédure de prise en charge des AES est disponible dans les services de soins extra hospitaliers et les laboratoires de ville</p> <p>une procédure de prise en charge des AES est disponible pour les professions exposées</p> <p>une procédure de prise en charge des AES est disponible à destination de la population générale, via les associations</p>	<p>Part des unités (services de soins, laboratoires) avec affichage (ou équivalent) du protocole local de prise en charge des AES</p> <p>Existence et modalités de diffusion d'une procédure pour les pompiers, la police, la gendarmerie, les personnels pénitentiaires, ...</p> <p>Existence et modalités de diffusion d'une procédure pour les associations de prévention et structures apparentées et modalités de diffusion</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/></p> <p>0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/></p> <p>0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/></p>



Consultation médicale initiale

Références	Critères	Exemples d'indicateurs	Niveau de preuve	Vaillé
L'information nécessaire à la prise en charge du patient est recueillie	Chaque prise en charge d'AES bénéficie d'un dossier permettant la traçabilité et le chaînage de la prise en charge Les informations complémentaires nécessaires à la prise en charge sont connues	<i>Il existe un dossier AES au nom de la personne exposée et retraçant la prise en charge initiale</i>		O <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
		% de renseignements relatifs à l'existence ou l'absence de vaccination anti HVB		O <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
		% de renseignements relatifs à l'existence d'une contraception chez les femmes en âge de procréer		O <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
	En cas de situation médico-légale, la coordination avec les instances compétentes est assurée	% de renseignements relatifs à l'existence d'une situation médico-légale (viol, agression,...) La coordination avec les instances compétentes est notée dans le dossier		O <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
	Renseignement des facteurs de risque propres à l'accident	% des dossiers dans lesquels ces items sont renseignés : rapport sexuel non protégé, traumatique, rupture de préservatif, type de rapport -vaginal, anal, buccal- accident professionnel : tâche en cours, mécanisme, nature de l'exposition - piqûre, coupure, projection-, nature du liquide biologique en cause, saignement spontané ou non		O <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
	Prise en compte du statut sérologique du partenaire ou du sujet source dans l'évaluation. Prescription initiale de sérologies HVB, HVC, syphilis	% des dossiers où les situations suivantes sont renseignées : - VIH (connu positif/négatif, découvert positif, inconnu) % de sérologies prescrites ou jugées non nécessaires : 1°) HVB 2°) HVC 3°) syphilis		O <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
Prise en compte du risque infectieux autre	Des informations de prévention sont délivrées au patient quelle que soit l'issue de la consultation.			O <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>

Biologie initiale

Références	Critères	Exemples d'indicateurs	Niveau de preuve	Validé
Le bilan initial est effectué auprès du sujet exposé	Une prescription de VIH à réaliser dans un délai maximum de 7 jours	<i>Taux de réalisation sérologie VIH parmi celles jugées nécessaires (recueil à partir du dossier)</i>		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
	Réalisation des sérologies des autres infectieux majeurs jugées nécessaires	<i>Taux de réalisation sur place de sérologies VIH</i>		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
Il existe un dispositif de recours au test diagnostic rapide	Un test sérologique VIH rapide (accès et résultat disponible en < 2 h) est disponible pour l'équipe assurant la prise en charge des sujets source	<i>Taux de réalisation des sérologies HVB, HVC & Σ parmi celles jugées nécessaires (recueil à partir du dossier)</i>		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
	Un bilan biologique standard est réalisé	<i>% des établissements de soins participant à la prise en charge des AES de 1^{er} niveau réalisant des tests sérodiagnostics VIH rapide 2-4h/24 & 7j/7</i>		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
En cas de traitement, un bilan pré thérapeutique est effectué	Un bilan biologique complémentaire, si nécessaire	<i>Taux de réalisation (avec résultats dans le dossier) de NFS, ionogramme, transaminases</i>		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
	Recherche systématique d'une grossesse	<i>Réalisation d'examens biologiques complémentaires, selon la nature du traitement</i>		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
		<i>Taux de β chez les femmes en âge de procréer</i>		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>

Décision Médicale

Références	Critères	Exemples d'indicateurs	Niveau de preuve	Validé
Aide à la décision médicale	Existence d'un protocole de prise en charge selon les recommandations en vigueur ou d'une grille d'aide à la prescription La prise en charge du risque d'HVB est effective	<i>Taux de conformité des décisions et prescriptions au protocole (non conformité systématique en cas d'absence de protocole)</i>		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Formation du corps médical	La prise en charge du risque de grossesse est effective	<i>Taux de prescription d'Ig anti HVB lorsque nécessaire</i> <i>Taux de vaccination anti HVB lorsque nécessaire</i>		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	Les médecins des services assurant la prise en charge initiale ont été formés aux indications au traitement antirétroviral post-exposition et aux effets indésirables	<i>Taux de prescription de contraception d'urgence lorsque nécessaire</i>		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	Les médecins des services assurant la prise en charge initiale ont été formés à l'évaluation du risque de transmission des autres maladies liées à l'AES et à celle du risque de grossesse après rapport non protégé	<i>Au moins 1 médecin formé (depuis moins de 5 ans) 7j/7 et 24h/24 (si adapté) pour les services suivants :</i> <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> CDAG <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Médecin référent	Les médecins des services assurant la prise en charge initiale ont été formés à la proposition au sujet source d'un dépistage du VIH, de l'HVB, de l'HVC et des IST	<i>Au moins 1 médecin formé (depuis moins de 5 ans) 7j/7 et 24h/24 (si adapté) pour les services suivants :</i> <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> CDAG <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	Les médecins des services assurant la prise en charge initiale ont été formés à la prévention dans le cadre de ces consultations	<i>Au moins 1 médecin formé (depuis moins de 5 ans) 7j/7 et 24h/24 (si adapté) pour les services suivants :</i> <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> CDAG <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	Un médecin référent peut intervenir (déplacement ou au téléphone) 24h/24 pour donner conseil au médecin assurant la prise en charge initiale des personnes exposées et des sujets source.	<i>Planning d'astreinte du médecin référent</i>		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

Dispensation

Références	Critères	Exemples d'indicateurs	Niveau de preuve	Validé
La disponibilité des ARV recommandés est garantie	Les ARV recommandés sont disponibles 24h / 24h 7j/7	<i>Présence des ARV recommandés dans un emplacement dédié sécurisé (pharmacie et/ou urgences) ou par délégation (avec convention) dans un établissement proche</i>		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	Les ARV recommandés sont stockés et conditionnés selon les Bonnes Pratiques	<i>L'étiquetage des ARV est conforme à la réglementation (kits ou stock pharmacie)</i>		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Les conditions d'accès les modalités de prescription, de dispensation et d'administration sont établies	Le choix du circuit des ARV pour la personne exposée est clairement établi, selon le fonctionnement de l'établissement.	<i>Il existe une procédure de suivi des dates de péremption des ARV pour AES.</i>		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	Les procédures de prescription des ARV dans le cadre des AES sont établies	<i>Il existe une procédure décrivant le circuit thérapeutique pour toutes les situations (dispensation pharmaceutique effective, mise à disposition de kits en dehors d'une pharmacie ou orientation vers un autre établissement désigné)</i>		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
		<i>Il existe une procédure décrivant les modalités de prescription, notamment la qualité des prescripteurs, la nature du support de prescription, les modalités de rédaction, les modalités de contact du référent</i>		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
		<i>La durée de prescription et de dispensation est décrite dans la procédure</i>		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
		<i>La durée maximale de prescription de 28 jours est, si besoin, fractionnée dès l'initiation du traitement en périodes de 3 à 7 ou 14 jours, dans l'objectif d'optimiser le suivi et l'observance.</i>		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	Le délai entre la prescription et l'administration des ARV est optimisé et inférieur à 1 heure.	<i>L'heure de prescription et l'heure d'administration sont notées sur la prescription.</i>		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	Si la dispensation a lieu à la pharmacie de l'établissement, la prescription fait l'objet d'une analyse pharmaceutique systématique complète	<i>Il existe une procédure comportant les étapes précises de l'analyse pharmaceutique (check-list : cohérence et adéquation aux recommandations, doses, interactions) avec une intervention si nécessaire</i>		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	Les démarches administratives ne font pas obstacle à l'obtention des médicaments antirétroviraux en cas de prescription de ceux-ci par le médecin assurant la prise en charge initiale.	<i>Protocole de remise des ARV garantissant leurs remises et leurs gratuits quel que soit le statut du sujet exposé</i>		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>



Assurer l'information du patient sur les modalités de prise des médicaments antirétroviraux, par la personne qui délivre, dans et en dehors des pharmacies	Si la dispensation a lieu à la pharmacie de l'établissement, elle respecte les bonnes pratiques de dispensation	<i>Formation des pharmaciens à donner les informations et conseils sur le bon usage, établir un plan de prise adéquat des médicaments, remettre des documents écrits et un pilulier, communiquer les précautions d'emploi, les effets indésirables et conduites à tenir, interroger sur les autres traitements en cours, transmettre les recommandations de prévention et répondre aux questions du patient</i>	O <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
Si la délivrance et l'administration des ARV sont réalisées à partir de kits disponibles dans des lieux déterminés, hors pharmacie, les conditions de conservation et de délivrance font l'objet d'une procédure. Les informations concernant les interactions médicamenteuses éventuelles sont proposées au patient, selon le traitement antirétroviral proposé.	Un guide des conseils et des questions est disponible et actualisé Il existe une procédure de délivrance et d'administration des ARV sur le site de stockage des kits d'ARV et validée par le pharmacien Analyse des documents remis	Formation et support utilisés par les personnels de la pharmacie et par ceux délivrant hors pharmacie (kits d'urgence pré positionnés)	O <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>

Suivi

Références	Critères	Exemples d'indicateurs	Niveau de preuve	Validé
Assurer l'information du patient sur la nécessité d'un suivi	Des informations concernant la nécessité d'un suivi en consultation spécialisée sont proposées aux consultants pour tous les AES traités ou non. La personne exposée dispose des coordonnées d'un médecin (ou d'une structure) référent pour pouvoir l'appeler en cas de problème	Nature des documents remis aux patients et taux de remise des documents Le document qui est systématiquement remis à tout consultant pour AES comporte les coordonnées d'un médecin référent (ou de son service)		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
Assurer la continuité du suivi de tous les patients	Un contrôle sérologique VIH a été prescrit pour être réalisé 3 mois après l'AES (patient non traité) ou 3 mois après la fin du traitement	% de patients ayant dans le dossier un double de la prescription de sérologie, à effectuer à la bonne date		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
Assurer la continuité du suivi des patients traités	Le suivi clinique et biologique du traitement post exposition est programmé En cas de prescription initiale non validée par un référent (kits d'urgence...), la personne exposée a été revue entre H48 et H96 par un référent En cas de consultation par un référent entre H48 & H96 celui-ci dispose des éléments de la consultation principale	% de patients ayant un traitement post exposition pour lequel est remis un programme de surveillance biologique et clinique Taux de dossier AES ayant un mot signé par un médecin référent entre H48 et H96, lorsque le premier prescripteur n'est pas un médecin référent Eléments de la consultation initiale figurant dans le dossier AES de la personne exposée mis à disposition du référent lors de cette consultation (à partir d'une check-list)		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>

Prise en charge financière

Références	Critères	Exemples d'indicateurs	Niveau de preuve	Validé
Prise en charge de l'AES	En cas de problèmes financiers (pour les consultations, tests...) la prise en charge est assurée	Modalités d'accès à une assistance sociale (protocole de prise de rendez-vous) & disponibilité pour les équipes des coordonnées, plages horaires, délai de rendez-vous Taux de connaissance de cette assistance sociale chez les personnels du ou des services référents		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
				0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>



Confidentialité

Références	Critères	Exemples d'indicateurs	Niveau de preuve	Validé
Garantir la confidentialité de l'entretien, le respect de la dignité et la nécessaire empathie envers le sujet exposé et le sujet source lors de la prise en charge initiale	Le personnel du(es) service(s) qui assure(nt) l'accueil des patients et des sujets source a été formé et/ou sensibilisé au respect de la confidentialité	<i>Au moins 1 personne formée (depuis moins de 5 ans) 7j/7 et 24h/24 (si adapté) pour les services suivants :</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> CDAG <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée <input type="checkbox"/> Pharmacie 		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
	Le personnel du(es) service(s) qui assure(nt) l'accueil des patients et des sujets source a été sensibilisé à l'empathie nécessaire lors de la prise en charge des patients consultant pour AES	<i>Au moins 1 personne formée (depuis moins de 5 ans) 7j/7 et 24h/24 (si adapté) pour les services suivants :</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> CDAG <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée <input type="checkbox"/> Pharmacie 		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
Garantir l'obtention d'un consentement	A chaque étape de la prise en charge, les locaux sont adaptés à la confidentialité de l'entretien	<i>Recueil par visite in situ : respect de la confidentialité visuel et sonore :</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> CDAG <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée <input type="checkbox"/> Pharmacie 		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
	Accord préalable du sujet source avant tout prélèvement ou test diagnostic	<i>Taux de dossiers où un tel accord est mentionné (ou figure)</i>		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
Maîtrise de la confidentialité lors de la facturation	Accord préalable du patient pour la transmission des informations nécessaires à son suivi, pour tous les secteurs impliqués dans le suivi	<i>Taux de dossiers où un tel accord figure</i>		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>
	Il existe un circuit de facturation permettant une procédure d'anonymisation des soins et de la facturation	<i>Procédure existante et connue des personnels (enquête transversale)</i>		0 <input type="checkbox"/> / N <input type="checkbox"/>

Remerciements

A L'ANRS qui a soutenu ce projet et spécialement au Pr Jean François Delfraissy qui a permis ce soutien.



Guide d'utilisation du référentiel AES de la SFLS

La SFLS ayant obtenu l'agrément en tant qu'organisme d'évaluation des pratiques professionnelles par la Haute Autorité de Santé, un des premiers chantiers de sa commission EPP a été de mettre en place, en respectant le cadre méthodologique proposé par la HAS, un référentiel de prise en charge des AES à l'attention des COREVIH.

L'objectif est de mettre à la disposition de toutes les COREVIH un outil leur permettant de s'auto évaluer, tant au niveau de la coordination régionale, qu'au niveau des établissements et/ou des services confrontés à la prise en charge des AES..

Ce document a été élaboré par un groupe de travail constitué des personnalités ayant participé à la rédaction des recommandations du Rapport YENI, étendu à des personnalités impliquées dans la prise en charge des AES. La composition de ce groupe s'est voulue pluri-professionnelle. Le groupe a été constitué de personnalités issues de toute la France.

Cet outil permettra à tous les professionnels concernés de vérifier que l'ensemble des conditions nécessaires à une bonne prise en charge des AES sont remplies. A l'issue de ce travail, la commission EPP de la SFLS pourra valider la démarche dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles pour les professionnels qui se seront impliqués.

Pour tout renseignement : sfls@wanadoo.fr



Membres du groupe de travail EPP :

- **Docteur Philippe ARSAC**, Praticien Hospitalier, Médecine Interne, Orléans
- **Docteur Eric BILLAUD**, Praticien Hospitalier, Maladies Infectieuses, Nantes
- **Professeur Enrique CASALINO**, Professeur en Médecine, Urgences, Bichat Paris
- **Docteur Agnès CERTAIN**, Pharmacien Hospitalier, Bichat Paris
- **M. Miguel DE MELO**, Association ARCAT Sida / TRT-5, Paris
- **Docteur Patricia ENEL**, Praticien Hospitalier, Santé Publique, Marseille
- **Professeur Laurent GERBAUD**, Professeur en Médecine, Santé Publique, Clermont-Ferrand
- **M. Bertrand KLEIN**, Coordinateur Réseau Ville Hôpital, Mulhouse
- **Docteur Denis LACOSTE**, Praticien Hospitalier, Médecine Interne, Bordeaux
- **Docteur Michel OHAYON**, Médecin – Coordinateur Sida Info Service, Paris
- **Professeur Christian RABAUD**, Professeur Maladies Infectieuses, Nancy
- **Docteur Catherine SCHOUTEETEN**, Médecin du Travail, Lille
- **Docteur Paul SIMONET**, Praticien Hospitalier, Cardiologue, Cannes

Documents de références sont :

Les recommandations du rapport d'expert coordonné par le Pr Yeni et publiées en 2006

Les différentes Circulaires DGS/DHOS consacrées aux AES.

6 réunions ont été nécessaires à la rédaction de ce référentiel avec un travail complémentaire entre les réunions.

Le travail a ensuite été soumis à un groupe de relecture externe :

- Dr Souala (CHU Rennes)
- Dr Bentz (CHU Nice)

ainsi qu'au comité d'audit de la SFLS :

- Pr Pierre Dellamonica : PU-PH CHU Nice
- Dr Patrick Philibert : Médecin généraliste Marseille
- Dr Jean François Dailloux : Médecin généraliste Tours
- Dr Patricia Enel : Santé Publique : Marseille



Définition

La qualité des soins est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme la garantie « que chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Garantir la qualité des soins est donc un objectif ambitieux. La complexité des processus de soins, la diversité de l'offre de soins, la variabilité des pratiques constatée, la mise à jour continuelle des connaissances et l'amélioration des technologies médicales, la nécessité de maîtriser les risques des pratiques et enfin la dimension économique des soins permettent de comprendre pourquoi l'atteinte de cet objectif rend indispensable une démarche structurée d'évaluation et d'amélioration.

L'évaluation n'est pas une fin en soi, et le constat d'écart entre la pratique réelle et la bonne pratique doit conduire à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration et au contrôle de l'amélioration apportée par les changements induits.

Méthode

Il existe plusieurs techniques d'évaluation, caractérisables par les objectifs d'évaluation et les moyens mis en oeuvre. Il est fréquent que la réalisation d'évaluation fasse appel à plusieurs techniques.

Le référentiel qui vous est proposé fera le plus souvent appel aux enquêtes de pratiques, mais selon l'importance que vous accorderez à certaines références, et notamment dans les cas où l'écart entre les pratiques et le référentiel semble important du point de vue des patients pris en charge, d'autres méthodes d'évaluations peuvent être nécessaires. Ce choix est laissé à l'appréciation des professionnels impliqués.

Approche par comparaison à un référentiel

L'objectif est de comparer la pratique réelle à un référentiel déjà existant, celui-ci étant établi à partir de recommandations professionnelles. Il représente une pratique idéale standardisée au regard de l'état de la science et/ou de la réglementation.

Pour une meilleure application de la méthode, il est possible de se reporter sur le guide pédagogique intitulé « Préparer et conduire votre démarche d'accréditation » (ANAES)

Lorsqu'un référentiel existe, il est nécessaire que les professionnels se l'approprient pour pouvoir l'utiliser comme outil d'amélioration. L'appropriation vise à contextualiser (en fonction des équipes et moyens disponibles, de l'environnement de travail,...) et à rendre compréhensible les critères et objectifs de prise en charge qui sous-tendent le référentiel. Elle ne signifie pas nécessairement modification. Elle peut se limiter à une période de test afin de mesurer sa pertinence locale. Les modifications des référentiels existants se feront avec beaucoup de rigueur en mentionnant les références bibliographiques utilisées. Les cas de non application d'un référentiel sont importants à analyser, soit qu'ils révèlent un



problème organisationnel majeur, soit qu'ils mettent en évidence une défaillance structurelle du référentiel ou une limite de son périmètre d'application.

Audit clinique

La méthode la plus utilisée, parmi les méthodes par comparaison dans le domaine de la santé, est l'audit clinique.

Cette méthode est centrée sur les pratiques réelles de soins. Elle permet d'évaluer les pratiques professionnelles et les pratiques organisationnelles concourant à une prise en charge. Son champ est variable allant de la pratique d'un acte à la prise en charge complète d'une pathologie. Elle suppose la description préalable d'une pratique de référence, adaptée au contexte de soins et qui servira de référentiel. Ce référentiel, ou grille de critères, est renseigné une seule fois lorsqu'il s'agit de critères ayant trait à l'organisation des soins (par exemple la sécurité de l'archivage des dossiers des patients), et pour chaque patient sélectionné lorsqu'il s'agit d'actes ayant trait à la prise en charge individuelle. Les modalités de choix des dossiers à auditer ainsi sont importantes. Il peut s'agir de choix aléatoires (éventuellement stratifiés sur la période de prise en charge ou tel groupe de patients). Pour chaque évaluation, la totalité des critères doit être renseignée.

L'audit permet d'évaluer une pratique courante et d'améliorer pour un service, un groupe de services ou un établissement, la manière :

- dont on prend en charge une pathologie ; par exemple évaluation de la prise en charge initiale des AES ;
- dont on réalise un acte de soin, par exemple, évaluation de la qualité de l'information sur le traitement de l'AES ;
- dont on trace la prise en charge des patients ; par exemple évaluation de la tenue du dossier du patient ;
- dont on gère des situations données, par exemple, le suivi sérologique des personnes exposées

Ces évaluations ont pour objectif de définir les points qui sont conformes aux critères de bonne pratique, d'identifier les besoins d'amélioration, afin de mettre en oeuvre des actions d'amélioration correspondantes et de vérifier que les améliorations attendues ont été atteintes.

Revue de pertinence des soins*

La revue de pertinence des soins est une méthode qui évalue l'adéquation des soins aux besoins des patients, c'est-à-dire le caractère approprié des soins dispensés. Le champ de cette évaluation peut être un soin spécifique ou une séquence de soins. Il y a deux questions différentes, celle de l'opportunité et celle de la nécessité, reposant sur des techniques de mise en évidence différentes : la recherche de soins effectués alors qu'ils ne sont pas opportuns, ou la recherche de soins qui n'ont pas été effectués alors qu'ils étaient nécessaires.

La pertinence est évaluée par une méthode d'audit à partir de la grille de critères de mise en route de traitement d'un AES. Ces critères permettent de porter un jugement sur le caractère justifié ou non de la séquence de soins étudiée. La particularité de cet audit est



que l'évaluation pour chaque patient s'arrête dès que la séquence de soins est considérée pertinente ; l'analyse ne se poursuit que si elle ne l'est pas.

Enquêtes de pratique

Les enquêtes de pratique ont pour but de décrire la pratique des professionnels de santé dans une situation clinique donnée et de la comparer à une pratique attendue. Elles permettent ainsi d'identifier des écarts sans que soit nécessaire la réalisation d'un audit généralement plus consommateur de ressources. Lorsque ces enquêtes sont purement déclaratives, elles ne peuvent attester de la conformité à la pratique attendue, contrairement à l'audit. Il est donc fondamental de pouvoir les associer à des indicateurs de pratiques ou de résultats.

Ce type d'approche permet de :

- faire l'état des lieux des pratiques ;
- recueillir l'opinion des professionnels et les sensibiliser ;
- comparer des situations similaires ;
- confronter une pratique idéale à la situation du quotidien.

Ces enquêtes, le plus souvent transversales, décrivent la pratique à un moment donné. Elles peuvent être réalisées soit de manière rétrospective, soit de manière prospective et dans tous les cas les modalités d'enquête sont importantes pour éviter l'existence de biais (de sondage, d'enquête,...).

Pour répondre à l'objectif d'évaluation des pratiques, des actions d'amélioration des pratiques doivent compléter l'enquête de pratique, chargée de mission auprès de la direction des bonnes pratiques et prise en charge.

Objectif du référentiel

Exhaustivité

Le référentiel couvre l'ensemble des activités des établissements de santé publics et privés dans une approche transversale, dans le cadre spécifique de la prise en charge des AES.

Applicabilité

Ce référentiel a été conçu et décliné de façon à être applicables à tous les établissements de santé. Cependant, compte tenu des dispositions réglementaires, certains critères ne sont applicables qu'à certains types d'établissements de santé.

Lisibilité

Certains critères proposés peuvent ne pas être pertinents dans certaines régions ou pour certains établissements ; ils n'ont de valeur qu'indicative. Le référentiel proposé n'a pas vocation à être utilisé de façon exhaustive par tous les professionnels qui souhaiteront conduire leur démarche d'évaluation. Certaines références s'appliquent aux COREVIH, d'autres aux établissements de référence au sein des COREVIH, d'autres aux autres établissements de santé, enfin certains à la pratique individuelle des différents professionnels impliqués dans la démarche de prise en charge d'un AES.

ENGAGEMENT



Afin de mener à bien le processus d'évaluation, il est indispensable de nommer un chef de projet. Celui-ci aura pour mission

De comprendre les enjeux de l'évaluation

S'approprier la méthodologie et les références

Constituer et animer un groupe de travail

Motiver les professionnels impliqués dans la démarche

Faciliter l'implication de l'ensemble des personnes concernées par la démarche et pas seulement les membres du groupe de travail, et veiller à la pluridisciplinarité

Engager l'établissement ou le groupe de professionnels par écrit dans la démarche

Fixer le calendrier de l'évaluation.

Veiller à l'objectivité dans la conduite de l'évaluation

S'assurer de la traçabilité et de la rédaction du projet

SUIVI

Au terme de l'évaluation initiale, un certain nombre de points seront identifiés comme devant être améliorés. A l'issue du processus d'amélioration, une nouvelle évaluation portant sur ces points précis devra faire la preuve que les modifications ont permis d'améliorer effectivement la qualité de la prise en charge des AES dans la structure concernée.

La SFLS est à votre disposition pour vous aider dans ce processus d'amélioration de la qualité des soins sur le plan méthodologique. Vous pouvez contacter la commission EPP par mail en écrivant à sfls@wanadoo.fr

Remerciements :

Aux membres du groupe de travail et spécialement au **Pr Laurent Gerbaud** pour l'apport méthodologique essentiel.

– Docteur Philippe ARSAC, Docteur Eric BILLAUD, Professeur Enrique CASALINO, Docteur Agnès CERTAIN, M. Miguel DE MELO, Docteur Patricia ENEL, M. Bertrand KLEIN, Docteur Denis LACOSTE, Docteur Michel OHAYON, Professeur Christian RABAUD, Docteur Catherine SCHOUTEETEN, Docteur Paul SIMONET.

A L'ANRS qui a soutenu ce projet et spécialement au Pr Jean François Delfraissy qui a permis ce soutien.

Annexe n°2 : Fiche « entretiens »

GUIDE D'ENTRETIEN

CONNAISSANCES GENERALES

Présentation : Julia krotoff, projet, trame d'entretien commune, durée 30 minutes, enregistrement

1. Quels référentiels de prise en charge des Accidents d'Exposition au Risque Viral (AEV d'ordre sexuels ou professionnels) connaissez vous ?
2. Avez-vous lu les recommandations médicales de prise en charge des AEV?
3. Connaissiez-vous les principales structures prenant en charge les AEV ? Si oui, savez-vous comment les joindre?
4. Connaissiez-vous le rôle du COREVIH (Comité de Coordination régional de la lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine)
5. Quels médecins référents pour la prise en charge des AEV connaissez-vous ?
6. Comment situez vous votre rôle au sein du dispositif local de prise en charge des AERV ?
7. Avez-vous déjà participé à une formation sur les AEV ou le VIH ?
8. Savez-vous en quoi consiste la formation continue des professionnels concernés ? Si oui, y avez-vous déjà participé ?
9. Quelles seraient vos attentes si on vous proposait une telle formation ?

DISPOSITIF HOSPITALIER

1. Existe-t-il un protocole commun de prise en charge des AEV au CH?
2. Si oui comment est-il disponible ?
3. Existe-t-il un ou des référents de première ligne ? et pour les cas particuliers (enfants...) ? Sont-ils connus ? Sont-ils disponibles ?
4. La collaboration avec le Service de Médecine du travail est-elle effective ?
5. La collaboration avec le Service de Médecine légale est-elle effective ?
6. En ce qui concerne la prise en charge des AEV, que savez-vous du dispositif d'accueil? (en semaine, la nuit et pendant les WE et les jours fériés) ?
7. La traçabilité de la prise en charge est-elle toujours assurée ?
8. La confidentialité de la prise en charge est-elle toujours assurée ?
9. Des Tests de Dépistage Rapide (TDR) sont-ils disponibles au CH ?
10. Comment est organisée la dispensation du Traitement Post-Exposition ? (kits, délivrance, délais, remboursement...)
11. Le suivi à 48h de la dispensation du TPE est-il organisé ?
12. Le suivi de la tolérance du TPE est-il totalement réalisé ?
13. Le suivi sérologique des patients est-il organisé ?
14. Existe-t-il des modalités d'information et de prévention de la récurrence de ce genre d'accident ? sexuel ? professionnel ?
15. Comment pensez-vous que l'on puisse améliorer la prise en charge des AEV ?

Annexe n°3 : Fiche d'évaluation des dossiers d'AEV

N° fiche :

Évaluation de la prise en charge des AEV

1-PATIENT
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance :/...../.....
Heure et date AEV :/...../.....h..... Heure et date de prise en charge : D'où délai de prise en charge :
TYPE d'AEV <input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Projection sur muqueuse ou peu lésée <input type="checkbox"/> Effraction cutanée (coupure ou piqûre)
LIEU DE SURVENUE DE L'AEV: <input type="checkbox"/> Agglomération grenobloise <input type="checkbox"/> Autre
ACCIDENT DU TRAVAIL <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
CONSULTATION INITIALE AU SAU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
CONSULTATION MEDICALE AVANT PRISE EN CHARGE INITIALE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé
DESINFECTION LOCALE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé
STATUT VACCINAL POUR L'HEPATITE B CONNU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si Oui : Niveau de Protection satisfaisant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non : Vaccination : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Immunoglobulines : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

N° fiche :

STATUT SEROLOGIQUE DU PATIENT SOURCE CONNU		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non précisé
Si Oui :		
-VIH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Remarque :
Réalisation d'une sérologie VIH en urgence ou d'un Test de Diagnostic rapide :		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non précisé
-VHB	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Remarque :
-VHC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Remarque :
PATIENT SOURCE A RISQUE		
<input type="checkbox"/> Oui (si ≥1 critère)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
<i>Notion de source à risque :</i>		
<input type="checkbox"/> Usager de drogue par voie intraveineuse		
<input type="checkbox"/> Homme homo et/ou bisexuel		
<input type="checkbox"/> Personne ayant des rapports sexuels non protégés ou rupture de préservatifs avec des personnes au statut sérologique inconnu		
<input type="checkbox"/> Personne appartenant à un groupe dans lequel la prévalence de l'infection est supérieure à 1%		
<i>Notion de situation à risque :</i>		
<input type="checkbox"/> Prise de substances psycho actives		
<input type="checkbox"/> Partenaires sexuels multiples		
INDICATION DE TRAITEMENT		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
TRAITEMENT ADMINISTRE		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui lequel :		
DELAI DE TRAITEMENT		
Par rapport à :		
-date et heure AES :		
-date et heure de PEC au SAU :		
CONFORMITE DU TRAITEMENT		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En partie
CONFORMITE DU BILAN DE PRISE EN CHARGE		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En partie

N° fiche :

CONSENTEMENT ECLAIRE RECUEILLI

Oui Non

APPEL D'UN PRATICIEN REFERENT

Oui Non

ORGANISATION D'UN SUIVI

Oui Non

Si Oui :

Délai de prise en charge par structure spécialisée :

N° fiche :

2-AEV SEXUEL

Type d'AEV :

Hétérosexuel Homosexuel Partenaires multiples

Partenaire (s) :

Connu régulier Connu irrégulier Inconnu

Autre :

Viol :

Oui Non

Prise en charge médico-légale :

Oui Non

Type de rapport :

Vaginal Insertif

Anal Réceptif

Fellation

Type de risque :

Rapport non protégé

Rupture préservatif

Risque augmenté de transmission :

- Rapport traumatique et/ou sanglant

Oui Non Non précisé

- Risque gynécologique :

Oui Non Non précisé

Si Oui, le ou lesquels :

- Antécédent d'IST :

Oui Non Non précisé

Si Oui, le ou lesquels :

Bilan de prise en charge initial :

Recherche d'IST :

Sérologie syphilis

Oui Non

PCR Chlamydia :

Oui Non

Autre :

Examen gynéco/proctologique :

Oui Non

N° fiche :

Prise en charge du risque grossesse : (dosage des β HCG)

Oui Non

Si Oui :

Proposition d'une contraception d'urgence

Entretien psychologique organisé :

Oui Non

N° fiche :

3-AEV PROFESSIONNEL

Fonction professionnelle:
.....

Provenance de la victime:

- **Établissement:** Public Libéral
- **Service :**

Type d'exposition au risque :

- Important :
 - ▶ piqûre profonde, aiguille creuse, dispositif intra vasculaire (artériel ou veineux)
- Intermédiaire :
 - ▶ coupure avec bistouri
 - ▶ Piqûre avec aiguille IM ou SC
 - ▶ Piqûre avec aiguille pleine
 - ▶ Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact supérieur à 15 minutes
- Minimale : Autres cas
 - ▶ Boîte jette-aiguille...

Protection (s) :

- Gants Lunettes Masque
- Autre :

Bilan de prise en charge initial :

Prise en charge en coordonnée avec le service de médecine du travail :

- Oui Non

Prise en charge du risque VHC :

- Oui Non

N° fiche :

4-PIQURE OU PARTAGE DE MATERIEL SOUILLE

Type d'exposition au risque :

- Important
- ▶ Partage de l'aiguille de la seringue et/ou de la préparation
- Intermédiaire :
- ▶ Partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage
- Minimale :
- ▶ Piqure par aiguille abandonnée

Bilan de prise en charge initial :

Prise en charge du risque VHC :

- Oui Non

N° fiche :

5-SUIVI EN SERVICE SPECIALISE.

Fiche de suivi remise au patient:

Oui Non

Réalisation du bilan biologique à J0 : date:

Oui Non Non Applicable.....

Si Oui :

- ▲ Sérologie VIH Oui Non
- Sérologie VHC Oui Non
- Sérologie VHB complète Oui Non
- Transaminases Oui Non
- βHCG Oui Non

En cas d'AES sexuel :

- TPHA-VDRL Oui Non
- Chlamydia Oui Non

Si traitement :

- Ionogramme sanguin, urée, créatininémie Oui Non
- NFS Oui Non

Prise en charge du risque VHB

Oui Non

Réalisation du bilan biologique de J+15 : date :

Oui Non Non Applicable.....

Si Oui:

- Transaminases Oui Non

PCR VHC si source VHC+:

Oui Non

En cas de risque de grossesse :

- βHCG Oui Non

Évaluation de la tolérance bio clinique en cas de traitement:

Oui Non Non Applicable.....

Bonne tolérance Tolérance moyenne Tolérance mauvaise

Si non, nécessité d'arrêt du traitement :

Oui Non Non Applicable.....

Remarque :

N° fiche :

Réalisation du bilan biologique de M1 : date :		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non Applicable.....
Si Oui :		
• Transaminases	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Sérologie VIH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Évaluation de la tolérance bio clinique en cas de traitement:		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non Applicable.....
<input type="checkbox"/> Bonne tolérance	<input type="checkbox"/> Tolérance moyenne	<input type="checkbox"/> Tolérance mauvaise
Si non, nécessité d'arrêt du traitement :		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non Applicable.....
Remarque :		
<i>Prise en charge du risque VHB :</i>		
• Sérologie VHB	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• 2ème injection du vaccin si besoin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Prise en charge du risque VHC :</i>		
• Sérologie VHC :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• PCR VHC (si source VHC+)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>En cas de risque de grossesse :</i>		
• βHCG	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
TPHA-VDRL si risque :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Réalisation du bilan biologique de M3, M4 et/ou M6 : date :		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non Applicable.....
Si Oui :		
Si Oui :		
• Transaminases	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Sérologie VIH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Prise en charge du risque VHB :</i>		
• Sérologie VHB	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• 3ème injection du vaccin si besoin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Prise en charge du risque VHC :</i>		
• Sérologie VHC :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Informations concernant le suivi et les traitements données au patient :		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Consentement éclairé recueilli :		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

**Annexe n°4 : Fiche d'Information pour les patients : La
prévention du VIH (prototype)**

La prévention du VIH

En France, **7000** personnes se contaminent chaque année par le VIH. **50 000** personnes sont infectées sans le savoir. Ces personnes sont à l'origine de **2/3** des nouvelles contaminations¹.

Il existe **2 manières de se contaminer** : par voie sexuelle ou par voie sanguine.

Comment faire pour vous protéger du VIH ?



Éviter de vous contaminer en utilisant :

- ▲ Le préservatif féminin ou masculin car une contamination est possible en cas de pénétration, même s'il n'y a pas d'éjaculation.
- ▲ Du matériel d'injection stérile (en cas de prise de drogue en intraveineux).
- ▲ Une paille individuelle en cas de sniff².

Pensez à consulter en urgence en cas de prise de risque.



Débuter un traitement rapidement si vous avez pris un risque :

- Le traitement doit être débuté au mieux dans les 4 heures, au plus tard dans les 48 heures après une prise de risque³.
Il peut éviter la contamination par le VIH.
- Sa prescription se fait sur décision médicale en fonction de la prise de risque. Votre médecin, si le traitement est indiqué, prendra contact avec le service référent (service d'inféctiologie ou des urgences).
- Si le traitement n'est pas indiqué, un test VIH devra être réalisé à **6 semaines** de votre prise de risque.



Vous faire dépister :

Il est désormais recommandé à votre médecin traitant de proposer le test de dépistage du VIH à tous les patients âgés de 15 à 70 ans⁴.

Votre médecin doit également vous proposer ce test dans les situations suivantes :

- si vous êtes une femme enceinte ou désirant avoir un enfant (pour les deux parents)
- si vous êtes originaire d'un pays où l'épidémie est très développée*
- si votre partenaire est séropositif
- si vous êtes un homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (Homosexuel ou bisexuel)
- si vous consommez des drogues en intraveineux ou en intranasal (même occasionnellement)
- si vous avez une autre maladie sexuellement transmissible
- si vous avez eu plusieurs partenaires sexuel(le)s dans l'année

Pourquoi se faire dépister même en l'absence de symptômes ?

- pour pouvoir envisager l'arrêt du préservatif (le test doit alors être réalisé chez les deux partenaires)
- pour commencer un traitement le plus tôt possible si le test est positif. Ceci permet d'avoir la même espérance de vie que quelqu'un qui n'a pas le VIH.

Votre médecin vous annoncera le résultat du test en consultation.

Seul un test réalisé **6 semaines après la prise de risque** confirme qu'il n'y a pas eu de contamination.

Bientôt, un test réalisable en quelques minutes sera disponible chez votre médecin traitant.

*Afrique subsaharienne, Antilles, Guyane

Rédacteurs : J. Krotoff et C. Letiers/ Septembre 2011/ Relecteurs : Pr. J.P. Stahl, Pr P. Morand, Pr J.L. Bosson, Dr P. Pavese, Dr O. Rogeaux, Dr E. Marion et Dr M. Sustersic/ Sources : 1. Rapport d'experts Yéni 2010. 2. Mission RDRs. G. Pialoux et F. Lert.3.Circulaire interministérielle N°DGS/RI/DHOS/DGT/DSS/ 2008/91 du 13 mars 2008. 4. Recommandations HASoctobre2009/Illustrations : O Roux.Stockvault.



Réseau VIH en Isère



Référents médicaux au CHU de Grenoble:

- Unité VIH (ex-CISIH) : 04 76 76 52 92
- Service de Maladies Infectieuses : 04 76 76 54 43 (astreinte ????)
- Service d'Accueil des Urgences : 04 76 76 75 75



CIDAG (Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit) / CIDDIST (Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles)

- Grenoble : 04 76 12 12 85
- Bourgoin-Jallieu : 04 79 19 09 20
- Vienne : 04 74 31 50 31



PASS (Permanence d'Accès au Soins de Santé) :

- Grenoble : 04 76 76 94 66 (Clinique des eaux claires???)
- Voiron : 04 76 67 17 47
- Vienne : 04 74 31 34 94
- Bourgoin-Jallieu : 04 69 15 72 18



Associations de lutte contre le VIH :

- AIDES (Grenoble) : 04 76 47 20 37
- ODPS (Office Départemental de Prévention du Sida) : 04 76 87 83 09
- AXES (Grenoble, Vienne) : 06 98 29 02 18
- HEPP (Homosexualité Ecoute Prévention Sida Paroles) : 04 76 46 35 26
- TEMPO : 04 76 03 16 43



Structures dépendant du Conseil Général :

- CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale) : pour connaître le centre le plus proche, contacter le centre départemental de planification et de consultations prénatales de l'Isère : 04 76 12 12 87



Structures interdépartementales ou régionales

- COREVIH (Comité de Coordination et de Lutte contre le VIH) Arc Alpin : 04 76 76 61 62
- SIDA INFO SERVICE (Grenoble) : 04 76 96 60 68
- CRIPS Rhône Alpes (Centre Régional de Ressources, d'Information, de Prévention sur le VIH/SIDA, des IST, des Hépatites et d'Education à la vie affective et sexuelle): 04 72 00 55 70



Réseau VIH en Savoie



Référents médicaux au Centre Hospitalier de Chambéry:

- Service de Maladies infectieuses : 04 79 96 51 02
- Service d'Accueil des Urgences : 04 79.96 50 30



CIDAG (Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit) / CIDDIST (Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles)

- Chambéry : 04 79 96 51 52
- Aix les Bains : 04 79 34 01 26
- Albertville : 04 79 37 89 56
- Saint-Jean de Maurienne : 04 79 20 60 55



PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) :

- Chambéry : 04 79 96 51 06
- Albertville : 04 79 89 55 55



Associations de lutte contre le VIH:

- REVIH-STIS (Réseau Ville-Hôpital VIH/Hépatites/Toxicomanies en Savoie): 04 79 96 58 25
- SAVIHEP (Savoie VIH/ Hépatites): 04 79 36 42 12



Structures dépendant du Conseil Général :

- CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale) de Savoie : pour connaître le centre le plus proche, contacter le centre départemental de planification et de consultations prénatales de la Savoie : 04 79 96 50 83



Structures inter-départementales ou régionales

- COREVIH Arc Alpin (Comité de Coordination et de Lutte contre le VIH) : 04 76 76 61 62
- CRIPS Rhône Alpes (Centre Régional de Ressources, d'Information,de Prévention sur le VIH/SIDA, des IST, des Hépatites et d'Education à la vie affective et sexuelle) : 04 72 00 55 70



Structures nationales :

- SIDA INFO SERVICE (Délégation nationale) : 0800 840 800



Réseau VIH en Haute-Savoie



Référents médicaux au Centre Hospitalier d'Annecy:???

- Service de Consultation pour les IST : 04 50 63 63 71
- Service d'Accueil des Urgences :



d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles) CIDAG (Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit) / CIDDIST (Centres

- Annecy : 04 50 63 63 71
- Annemasse : 04 50 87 48 27
- Sallanches : 04 50 47 30 49
- Thonon-les-Bains : 04 50 83 21 19



PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) :

- Annecy : 04 50 63 66 23
- Annemasse : 04 50 87 48 81
- Thonon-les-Bains : 04 50 83 20 58
- Sallanches : 04 50 47 31 53



Associations de lutte contre le VIH:

- AIDES (Thonon-les-Bains) : 05 50 81 96 78
- ARAVIH (Association de Réseau Annecien Ville-Hôpital de lutte contre le VIH et les hépatites) : 04 50 63 60 71
- ADES 74 (Association Départementale d'Education pour la Santé) : 04 50 45 20 74



Structures dépendant du Conseil Général :

- CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale) de la Haute-Savoie : pour connaître le centre le plus proche, contacter le centre départemental de planification et de consultations prénatales de la Haute-Savoie : 04 50 63 63 39



Structures inter-départementales ou régionales

- COREVIH Arc Alpin (Comité de Coordination et de Lutte contre le VIH) : 04 76 76 61 62
- CRIPS Rhône Alpes (Centre Régional de Ressources, d'Information, de Prévention sur le VIH/SIDA, des IST, des Hépatites et d'Education à la vie affective et sexuelle) : 04 72 00 55 70



Structures nationales :

- SIDA INFO SERVICE (Délégation nationale) : 0800 840 800



Qui diis memorem laudes, repctámque fideles
 Ingenij dotes, Hippocratisque decus.
 Democriti auditor Phœbea, ô, Coë propago,
 Certius an quis te tradidit artis opes?

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.