



HAL
open science

Prise en charge initiale des accidents d'exposition sexuels au VIH : accessibilité et pratiques dans l'arc alpin

Stéphanie Pfister

► **To cite this version:**

Stéphanie Pfister. Prise en charge initiale des accidents d'exposition sexuels au VIH : accessibilité et pratiques dans l'arc alpin. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01096045

HAL Id: dumas-01096045

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01096045>

Submitted on 16 Dec 2014

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2014

N°

**PRISE EN CHARGE INITIALE DES ACCIDENTS
D'EXPOSITION SEXUELS AU VIH: ACCESSIBILITÉ ET
PRATIQUES DANS L'ARC ALPIN**

THESE

PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Stéphanie PFISTER

Née le 27/11/1987 à Montréal (Canada)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 12/12/2014

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Professeur Patrice Morand

Membres

M. le Professeur Olivier Epaulard

M. le Docteur Maxime Maignan

M. le Docteur Jean-Marc Jacquier

Mme. Le Docteur Virginie Bieniek

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

**PRISE EN CHARGE INITIALE DES ACCIDENTS
D'EXPOSITION SEXUELS AU VIH : ACCESSIBILITÉ ET
PRATIQUES DANS L'ARC ALPIN**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

MÉDECINE GÉNÉRALE

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 12/12/2014

Par

Stéphanie PFISTER

Née le 27/11/1987 à Montréal (Canada)

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Professeur Patrice Morand

Membres

M. le Professeur Olivier Epaulard, directeur de thèse

M. le Docteur Maxime Maignan

M. le Docteur Jean-Marc Jacquier

Mme. Le Docteur Virginie Bieniek, directrice de thèse

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Jean Paul ROMANET****Année 2013-2014****ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE**

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
PU-PH	BACONNIER Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BEANI Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BETTEGA Georges	Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
MCU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA CHRISTIAN	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence

PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIROSEL Jean-Paul	Anatomie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
MCU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GODFRAIND Catherine	Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique)
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique

PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Département de veille sanitaire
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU-PH	LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie

Mise à jour le 11 février 2014

PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophthalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SERGENT Fabrice	Gynécologie obstétrique
PU-PH	SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU	VILLA Alessandro	Neurosciences
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

REMERCIEMENTS

A MES MAITRES ET JUGES

Au Professeur Patrice Morand, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Maxime Maignan, maître de conférence des Universités, vous avez accepté de juger ce travail, soyez assuré de ma gratitude.

Au Docteur Jean-Marc Jacquier, après m'avoir guidée professionnellement lors de mon stage à l'UPUM, tu as accepté de juger mon travail de thèse. Accepte ici l'expression de mon plus grand respect et mes remerciements sincères

A MES DIRECTEURS DE THESE

Au Professeur Olivier Epaulard et au Docteur Virginie Bieniek, nous ne nous connaissions pas avant de débiter ce travail mais vous avez su me laisser prendre mes marques et me faire confiance. Merci pour cet accompagnement rigoureux et attentif, devenu quasiment quotidien sur les derniers moments, si cruciaux, de rédaction.

ET AUSSI...

Merci à Mme Gaëlle Dubruc, coordinatrice du COREVIH de l'Arc Alpin, pour le cadre apporté à ce travail.

Merci aux Docteurs Halbwachs et Tran Huy Hung pour avoir été les premiers à m'ouvrir la porte de la médecine générale en DCEM4.

Merci aux Docteurs Eymin, Trivella, Lehodey, Journet et Girolet pour la découverte plus approfondie de mon métier, pour m'avoir donné confiance en moi tout en sachant me remettre en question.

Merci à l'équipe de gériatrie d'Annecy pour avoir encadré mes débuts d'internes et assuré mon envol final. Merci au Dr Julien Zirnhelt pour ses connaissances et sa présence en premier semestre. Merci au Dr Anne Richard pour nous avoir laissé sa place d'interne alors qu'elle prenait celle de chef. Merci au Dr Bahman Moheb pour m'avoir permis de réaliser ce projet

personnel et m'avoir dirigée dans mon mémoire de DES. Un grand merci au Dr Maryline Allard, pour ton énergie, tes connaissances, ton partage, pour tout. Merci à l'équipe paramédicale pour m'avoir intégrée dans l'équipe mobile comme un médecin à part entière. Je suis généraliste dans l'âme, mais un peu gériatre de cœur grâce à vous tous.

A CEUX QUI M'ONT TANT ACCOMPAGNÉE

EN FAMILLE...

A Papa et Maman, pour avoir su nous mener si doucement à la vie adulte, avoir cultivé notre curiosité et notre ouverture aux autres, et nous avoir inculqué votre dynamisme et votre énergie. Merci.

A Jojo la Frite et Lulu d'amour, mes « petits » frères adorés, être votre grande sœur aura été une partie de plaisir, vous êtes loin et très loin, mais à nous trois on enracine nos origines.

A Papi André, parce que de là où tu es j'espère que tu es fier de moi.

A Mamie Thérèse pour ton amour constant, pour m'avoir permis de découvrir et aimer la Haute-Savoie au cours de mes vacances d'enfant.

A Papi Michel et Mamie'Na pour votre amour et votre confiance sans conditions.

Promis je parlerai lentement à mes patients âgés !

A tous les Dr Pfister avant moi, je n'innove pas, mais je sais d'où je viens !

A mes oncles et tantes, mes cousins germains et ceux plus lointains, parce que faire partie de cette famille est une force au quotidien.

ENTRE AMIS...

A Elodie, ma krakotte de cœur, mon amie si chère, ma juriste fofolle (non ! ce n'est pas un contre-sens), dix ans d'amitié qui m'ont tant apporté et m'apporteront tant encore. Nos voyages, nos fous rires, nos confidences, nos inside jokes m'accompagnent partout, même si nous sommes loin l'une de l'autre.

To Irene, you've been such a trustful and special friend during those years abroad. We haven't seen each other for way too many years, but yet I know that somewhere in New Jersey's someone's thinking of me. Thank you.

A Audrey, plus de 15 ans d'amitié, je t'aie vue te libérer et devenir une imminente pédagogue en français, bravo pour ton parcours. Merci pour ton amitié et ta précieuse relecture.

A Camille, Christelle, Judith, Céline, Sabine, Alexandre (Chouchou !), Caroline et les autres Strasbourgeois, pour nos repas au Stift, nos vacances au ski (Belfort c'est pas loin !), pour la tarte aux pommes, le week-end des consanguins, les longues journées de révisions... Et une mention spéciale au mac-nageur.

A Raphaële et Léa, mes collocs, mes amies, mes alliées, un premier semestre d'internat, et beaucoup de semestres par la suite. Pour nos brunchs du dimanche, nos sorties dans la neige, notre voyage en Indonésie, nos soirées endiablées, nos fins de soirée à faire le ménage, nos debriefs des lendemains... « Maman » vous aime.

A Laure, une mention juste pour toi, si précieuse que tu es pour moi. La Haute-Savoie est à nous !

A tous les Grenoblois, Ezekiel, Flavie, Claire-Lise, Inès, Arnaud, Pafou, et tous ceux qui se reconnaîtront dans ses lignes, on ne vient pas ici par hasard et on sait pourquoi on y reste, de Grenoble à Thonon. Un p'ti bouchon à votre santé !

DANS MON CŒUR...

A toi Clément, mon Clément. Nous avons tenu le cap de finir en même temps, merci de partager mes jours, mes nuis et mes projets. Merci de croire en moi. Avec toi à mes côtés je continuerai à gravir des sommets.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	12
▪ Le traitement post-exposition	12
▪ Le TPE dans le cadre des Accidents d'Exposition Sexuels en France	14
→ Epidémiologie	14
→ Les recommandations françaises et le cadre légal.....	15
▪ Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH	17
▪ Objectif de ce travail	18
MATERIEL ET METHODE	19
▪ La méthode.....	19
▪ Les structures étudiées.....	20
▪ Le recueil de données	20
▪ L'analyse des résultats	20
▪ La bibliographie	21
RÉSULTATS	22
1. Le recueil	22
2. La prise en charge des AESex en général sur l'Arc Alpin	25
3. Les détails et particularités de la prise en charge	28
4. Les centres qui ne sont pas impliqués dans la prise en charge des AESex	38
5. Bassins de prise en charge.....	41
DISCUSSION.....	43
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	55
▪ Annexe 1 - Questionnaire	55
▪ Annexe 2 - Liste des structures sollicitées	61
▪ Annexe 3 - Liste des structures ayant répondu et répartition en agglomérations ...	63

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AES:	Accident d'Exposition Sanguin
AESEX:	Accident d'Exposition Sexuel
AEV:	Accident d'Exposition Viral
CCNP:	Centre de Consultations Non Programmées
CDAG:	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CH:	Centre Hospitalier
CHU:	Centre Hospitalier Universitaire
CIDDIST:	Centre d'Information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CISIH:	Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine
COREVIH:	Comités de Coordination Régionale de la lutte contre l'infection par le VIH
CV:	Charge Virale
ESP:	Espace de Santé Publique
FHF:	Fédération Hospitalière de France
HAS:	Haute Autorité de Santé
<i>HIV:</i>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
INTI:	Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
InVS:	Institut de Veille Sanitaire
IP/r:	Inhibiteur de Protéase/ ritonavir
IST:	Infection sexuellement transmissible
<i>PEP:</i>	<i>Post-exposition prophylaxis</i>
<i>PrEP:</i>	<i>Pre-exposition prophylaxis</i>
PSPH:	Participant au service public hospitalier
SAU:	Services d'Accueil des Urgences
SFLS:	Société Française de Lutte contre le Sida
SIS:	Sida Info Service
<i>SIV:</i>	<i>Simian Immunodeficiency Virus</i>
<i>TasP:</i>	<i>Treatment as Prevention</i>
TPE:	Traitement Post-Exposition
TROD:	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
UPATOU:	Unité Proximité Accueil Traitement et Orientation Urgences

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHB: Virus de l'Hépatite B
VHC: Virus de l'Hépatite C

INTRODUCTION

L'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) reste un problème d'actualité en France. Selon L'Institut de Veille Sanitaire (InVS), environ 6400 personnes ont découvert leur séropositivité en France en 2012 dont 334 dans la région Rhône-Alpes (1,2). Le mode de contamination principal reste sans équivoque la contamination sexuelle (1). L'utilisation du préservatif, masculin ou féminin, est la méthode la plus connue et répandue de prévention de la contamination sexuelle, en prévenant l'exposition au virus. Son utilisation n'est pourtant pas systématique, et il existe des situations d'échec (par rupture par exemple).

Les avancées thérapeutiques ont permis la mise en place de traitements antirétroviraux efficaces, quoique parfois lourds, et pourvoyeurs d'effets secondaires parfois graves. En revanche, aucun vaccin contre le VIH n'a encore montré d'efficacité satisfaisante.

Cependant, lorsqu'il existe un risque qu'un sujet ait été exposé au virus, on peut limiter le risque de contamination par un traitement post-exposition (TPE).

▪ Le traitement post-exposition

L'utilisation d'un traitement antirétroviral en post-exposition pour limiter l'infection par le VIH remonte au début des années 1990, mais n'a été communément acceptée et déployée qu'à la fin des années 1990 – début des années 2000.

La justification de cette prophylaxie s'appuie sur un faisceau d'arguments biologiques (issus de la recherche animale et humaine), et économiques :

1. Des modèles biologiques de transmission vaginale du VIH chez le macaque indiquent que l'infection débute très rapidement après l'inoculation du virus, puisqu'on retrouve des cellules infectées dans les ganglions lymphatiques iliaques à 18 heures de l'inoculation intra-vaginale. La fenêtre temporelle pendant laquelle il serait possible d'interrompre soit l'infection initiale des cellules de la muqueuse cervico-vaginale, soit la dissémination de l'infection est donc réduite (3) (4).
2. Les travaux chez l'animal étudiant l'efficacité de l'administration d'un traitement antirétroviral pour prévenir l'infection au VIH ont montré des résultats parfois discordants. Dans une étude publiée en 1998, un traitement par tenofovir à la suite d'une injection intraveineuse du *Simian Immunodeficiency Virus* (SIV) permettait de prévenir la transmission du SIV s'il était administré dès 24 heures post-exposition et pendant 28 jours, mais pas s'il était administré dans les 48 ou 72h, ou s'il était poursuivi

seulement 3 et 10 jours (5). Dans une étude publiée en 2000 évaluant l'efficacité après exposition muqueuse, aucun des animaux exposés à une inoculation du VIH-2 en intra-vaginal, et traités par tenofovir à 12 heures (4 animaux) ou 36 heures (4 animaux) n'a développé l'infection. Trois des 4 animaux traités à 72 heures ont également été protégés (6). En revanche, toujours en 2000, un traitement associant la zidovudine, la lamivudine et l'indinavir ne montrait pas de protection après l'inoculation intraveineuse d'une chimère VIH/SIV (7).

3. Plusieurs études ciblées sur la transmission materno-fœtale permettent de penser que si le meilleur moyen de prévention de la mère à l'enfant est le traitement de la mère en cours de grossesse afin d'obtenir une charge virale indétectable, il existe un bénéfice additionnel au traitement post-natal du nourrisson (8).
4. Concernant la prévention de la transmission accidentelle, les premières et principales données issues de la recherche chez l'homme ont été apportées par une étude cas-témoin internationale (France, Royaume-Uni et Etats Unis d'Amérique) réalisée auprès de personnels de la santé. Cette étude a mis en évidence une forte corrélation négative entre la probabilité d'infection par le VIH suite à une blessure par piqûre d'aiguille et l'utilisation de zidovudine après l'exposition, avec une réduction d'environ 80% du risque de transmission du VIH (9).

Cependant, plus récemment, une revue systématique, publiée en 2009, a retenu qu'il n'était pas possible de conclure à une efficacité clinique du TPE dans un contexte non professionnel devant le manque de preuve, en termes de quantité et qualité des études (10).

5. Une étude a été menée par l'InVS en 2005 pour évaluer le coût-efficacité de la prophylaxie post-exposition au VIH, telle qu'elle était prescrite sur la période 1999-2003 (11). La prophylaxie était « coût-économique » lorsque prescrite suite à un rapport anal réceptif avec un partenaire VIH+ quelle que soit l'orientation sexuelle, et suite à un partage de seringue avec un usager de drogue séropositif. Elle était également « coût-efficace » chez les professionnels de santé après piqûre profonde avec du matériel utilisé chez un patient séropositif, et chez les homosexuels ayant eu des rapports anaux non protégés avec un partenaire de statut inconnu. La prophylaxie prescrite dans toutes les autres situations d'exposition n'était pas coût-efficace.

Il existe cependant des cas d'échecs du TPE, plus fréquemment documentés dans le cadre des accidents d'exposition sanguins (AES) professionnels.

Ainsi, dans le cadre de la surveillance des séroconversions professionnelles effectuée par l'InVS sur le territoire national français, une telle séroconversion a été documentée dans 14 cas et suspectée dans 35 autres entre 1983 et 2005 (11). Parmi les 14 cas documentés, seuls 6 avaient bénéficié d'un TPE, dont 4 sont considérés comme des échecs (observance correcte pendant au moins 15 jours, 3 monothérapies par zidovudine et une trithérapie). Il est toutefois à noter qu'aucun cas de séroconversion n'a été documenté depuis 2004 (12).

Par ailleurs, une analyse rétrospective a été menée en Suisse sur 10 ans de pratique de janvier 1998 à décembre 2007 au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lausanne. Neuf cent dix expositions relevant d'une indication de TPE ont ainsi été analysées, chez 867 patients. Sept cent dix patients ont effectivement reçu un TPE. Chez les 200 sujets exclus du traitement, la raison invoquée était une sérologie négative chez le patient source (178 cas), un refus de traitement (20 cas), la découverte de la séropositivité lors de l'exposition (1 cas), et 1 cas non expliqué. Deux séroconversions chez les patients ayant reçu un TPE ont été documentées au cours du suivi de 6 mois, et ne sont pas attribuables avec certitude à un échec du TPE (survenue d'une autre exposition après les 28 jours de prise du TPE pour l'exposition initialement incluse) (13).

La preuve formelle de l'efficacité du TPE ne peut être obtenue, puisqu'elle nécessiterait la réalisation d'une étude prospective, randomisée, contre placebo, qui ne peut être menée pour d'évidentes raisons éthiques.

▪ **Le TPE dans le cadre des Accidents d'Exposition Sexuels en France**

→ Epidémiologie

On ne dispose pas à l'heure actuelle de données nationales sur la prescription du TPE en cas d'accident d'exposition sexuel (AESex) en France. Seules existent des études rétrospectives locales.

Ainsi, dans une étude rétrospective menée au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble et au Centre Hospitalier (CH) de Chambéry sur la période du 1er janvier au 31 décembre 2009, 158 expositions sexuelles ont été analysées. Le délai de consultation observé était d'environ 16 heures. Dix-sept pour cent des expositions étaient liées à un rapport homosexuel, 82% à un rapport hétérosexuel et 0,8% à un rapport avec partenaires multiples. Le statut sérologique du sujet source était inconnu dans 89% des cas, ce pourcentage variant selon le type de rapport. Les expositions sexuelles étaient majoritairement de risque intermédiaire. Soixante-huit pour

cent des patients se sont vus prescrire un TPE avec un délai médian entre exposition et délivrance du traitement de 17,5 heures (14).

→ Les recommandations françaises et le cadre légal

En France, les premières recommandations légales portant sur la prophylaxie post-exposition au VIH ont concerné les professionnels de santé, et ce dès 1995, par le biais d'une note d'information émanant de la Direction générale de la santé, de la Direction des hôpitaux, et de la Direction des relations du travail (15). Elles ont rapidement été suivies de recommandations étendues à tous les types d'exposition (sexuelle, par partage de matériel d'injection de drogues, blessures), par la publication de deux circulaires, l'une transitoire en 1997 (16) et l'autre complète en 1998 (17).

La circulaire n° DGS/DH/DRT/DSS/98/228 du 9 avril 1998 (17) est ainsi la première à évoquer la nécessité d'un dispositif local d'accueil et de prise en charge. Les services d'Urgences y sont identifiés comme étant le lieu d'un accueil permanent et les services hospitaliers référents pour le VIH y sont identifiés, tout logiquement, comme responsables du traitement, du suivi et de la mise en œuvre de l'accompagnement. Ces recommandations ont depuis été régulièrement révisées.

La dernière circulaire établissant le cadre légal des recommandations est la circulaire interministérielle n° DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 (18). Elle se basait notamment sur le rapport Yéni, dont la première version a été éditée en 2006, puis réactualisée en 2008 et 2010 (19).

Les recommandations les plus récentes sont celles du Rapport Morlat, intitulé « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH » et publié en septembre 2013 (20) :

- Le circuit de prise en charge y est décrit comme reposant en premier lieu sur les Services d'Accueil des Urgences pour la prise en charge initiale puis sur leur orientation vers les services de spécialité pour le suivi. Il y est fait mention de la possibilité d'impliquer des structures extrahospitalières, telles que les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG).
- Des critères de qualité de la prise en charge initiale y sont cités, tels que la mise à disposition de Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD), la rédaction de

procédures d'orientation, la formation des équipes soignantes, le respect de la confidentialité et le développement de liens de travail entre les différents acteurs, etc.

- L'indication du TPE dépend de facteurs conjoints, notamment le type d'exposition sexuelle, le statut VIH de la personne source et sa charge virale en cas de séropositivité. Ces recommandations sont résumées dans le Tableau 1, directement extrait du rapport Morlat.
- Il est recommandé que les services d'Urgences disposent de kits de traitements d'urgence, si la dispensation des antirétroviraux ne peut pas être assurée par la pharmacie 24h/24, constitués d'une trithérapie associant 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et en général un inhibiteur de la protéase associé au ritonavir (IP/r), en quantité suffisante pour 4 jours de traitement. Lorsque le sujet source est infecté par le VIH, un recours au médecin référent pour l'infection par le VIH s'impose.
- Le TPE est prescrit ou délivré soit pour une durée initiale de 96h, permettant sa réévaluation par un médecin référent (notamment si le statut du patient source ou sa charge virale ne peuvent pas être initialement connus), soit d'emblée pour une durée de 28 jours lorsque l'indication initiale est claire et le traitement prescrit d'emblée dans un centre référent.
- La prise en charge initiale doit également comporter une évaluation du risque de transmission du virus de l'hépatite B (VHB) et la mise en route éventuelle d'une sérovaccination anti-VHB (association de la vaccination à l'injection d'immunoglobulines spécifiques), ainsi que du risque de transmission du virus de l'hépatite C (VHC) et des autres infections sexuellement transmissibles (IST). Enfin une contraception doit être discutée afin de limiter le risque de survenue d'une grossesse dans ce contexte de risque d'infection au VIH et de toxicité potentielle du TPE sur l'embryon.

Expositions sexuelles				
Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source			
	positif		inconnu	
	CV détectable	CV indétectable*	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible
Rapport anal réceptif	TPE recommandé		TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, les experts considèrent qu'il est légitime de ne pas traiter. Si un TPE était instauré, il pourra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

** Groupe à prévalence élevée : personne source ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région à prévalence du VIH >1 %, ou usager de drogue injectable, ou facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement).

*** Un TPE peut néanmoins être envisagé au cas par cas en présence de facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale ou buccale, IST associée, saignement).

Tableau 1

▪ Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH

Les Comités de Coordination Régionale de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) sont au centre de la prise en charge de l'infection par le VIH en France. Ils ont vu le jour suite au décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 (21) et à la circulaire n° DHOS/DGS/2005/561 du 19 décembre 2005 (22). Ils remplacent les Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH).

Les COREVIH sont dotés de 3 missions :

1. Favoriser la coordination 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 l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations des malades et des usagers du système de santé ;
2. Participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;

3. Procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1991 (cohorte FHDH-ANRS CO4).

L'organisation de la prise en charge des AES, de l'accueil, en passant par le traitement, et le suivi incombe donc aux COREVIH. La Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS), agréée par La Haute Autorité de Santé (HAS), a édité un référentiel de prise en charge des AES à l'attention des COREVIH (23).

▪ **Objectif de ce travail**

L'Arc Alpin (Isère, Savoie et Haute-Savoie) est un territoire hétérogène, comportant à la fois de grands centres urbains, et des zones de faible densité de peuplement, à l'écart des grands axes de transport. L'accessibilité de chacun à un TPE est cependant une nécessité au sein de l'arsenal de prévention de l'infection ; la nature du territoire concerné pourrait représenter un obstacle à cette accessibilité. En lien avec le COREVIH de l'Arc Alpin, nous nous sommes donc proposés d'effectuer un état des lieux de la prise en charge initiale des accidents d'exposition d'ordre sexuel dans les structures d'Urgences, d'Infectiologie des hôpitaux et les CDAG de l'Arc Alpin.

L'objectif principal est une évaluation des pratiques professionnelles permettant une optimisation ultérieure de celles-ci, en évaluant d'une part l'accessibilité des structures proposant une prise en charge initiale des AESex, en décrivant d'autre part les réseaux de prise en charge dans les différentes structures, et en évaluant enfin l'homogénéité des prises en charges.

MATERIEL ET METHODE

▪ La méthode

Nous avons mené une enquête semi-quantitative descriptive transversale, à l'aide d'un questionnaire à destination des médecins des structures de soins concernées.

Le questionnaire a été rédigé d'une part en s'appuyant sur le référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles édité par la SFLS (23). D'autre part, nous nous sommes inspirés d'un questionnaire diffusé par le COREVIH de Bretagne pour établir un état des lieux des accidents d'exposition à risque de transmission virale non professionnels et du traitement post-exposition auprès des services d'Urgences bretons.

Le questionnaire comprenait 3 parties : une première partie d'identification de la structure répondante, une deuxième partie à l'intention des structures qui s'identifiaient comme « non impliquées dans la prise en charge des AESex » et une troisième partie à l'intention des structures qui s'identifiaient comme « impliquées dans la prise en charge des AESex ».

La deuxième partie s'intéressait aux raisons justifiant l'absence d'implication dans cette prise en charge et aux souhaits éventuels d'une implication future.

La troisième partie comportait plusieurs volets :

- conditions d'accueil des patients
- existence d'un protocole de prise en charge
- sérologies réalisées au sujet source et au sujet exposé
- existence et disponibilité d'un avis référent
- existence d'un kit de traitement post-exposition, et ses caractéristiques
- prise en charge associée du risque lié au VHB
- organisation du suivi des patients
- existence d'une formation, souhaits de formations
- ressenti des équipes sur cette prise en charge.

Le questionnaire a été rédigé sur traitement de texte. Il a été retranscrit en ligne grâce à l'application « *Forms* » de GoogleTM Documents.

Le questionnaire est disponible en annexe [Annexe 1].

Il était demandé aux structures de communiquer leurs protocoles de prise en charge des AESex lorsqu'elles en disposaient.

▪ **Les structures étudiées**

Notre intérêt s'est porté sur les 3 départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie, puisque ces 3 départements sont couverts par le même COREVIH de l'Arc Alpin.

Ont été sélectionnées les diverses structures susceptibles de pouvoir être impliquées dans cette prise en charge : les structures d'Urgences, les services d'Infectiologie et apparentés (médecine polyvalente), et les CDAG. L'ensemble des structures publiques, privées participant au service public hospitalier (PSPH) et privées a été sélectionné.

La liste des structures à inclure et de leurs coordonnées a été établie en croisant les données transmises par les trois délégations territoriales de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Rhône-Alpes, les données disponibles sur les sites internet des hôpitaux de la région et les données disponibles sur l'annuaire hospitalier et médico-social de la Fédération Hospitalière de France (FHF), disponible en ligne.

Cette liste est présentée en annexe [Annexe 2].

▪ **Le recueil de données**

Le questionnaire a été transmis une première fois aux chefs de service, directement ou par le biais de leur secrétariat, par courrier au format papier et par courrier électronique.

Plusieurs relances de courriers électroniques et téléphoniques ont souvent été nécessaires afin d'obtenir une réponse. Certaines réponses ont été obtenues par téléphone, l'investigateur interrogeant directement le médecin du service concerné.

Le recueil a été considéré comme suffisant lorsqu'ont été recueillies :

- la totalité des réponses des structures d'urgence des hôpitaux publics ;
- 75% au moins des réponses des services de médecine ;
- 75% au moins des réponses des CDAG.

L'obtention des réponses des structures de soins PSPH et privées n'a pas été un critère nécessaire à la clôture du recueil de données.

Le recueil de données a débuté le 19 novembre 2013 et s'est achevé le 18 juillet 2014.

▪ **L'analyse des résultats**

Les réponses obtenues au format papier et celles obtenues au cours d'un appel téléphonique ont été renseignées dans le questionnaire en ligne par l'investigateur.

L'ensemble des réponses ont ainsi été colligées et rendues par l'application « *Forms* » sous la forme d'un tableau numérique unique. Ce tableau a été converti au format Excel[®].

Les réponses aux questions semi-ouvertes ont été décrites par leurs effectifs. Les réponses aux questions ouvertes ont été classées par catégories d'idées afin d'en standardiser l'analyse.

Les structures ont été regroupées par « agglomérations » et certaines réponses ont été exprimées par structure et par agglomération.

▪ **La bibliographie**

Pour effectuer la recherche bibliographique, nous avons utilisé :

- la base de donnée Pubmed
- le réseau documentaire des bibliothèques de l'Université Joseph Fourier, et le réseau électronique GAEL
- le moteur de recherche GoogleTM *Scholar*

Les principaux termes MesH utilisés pour cette recherche ont été :

- *HIV*
- *antiretroviral*
- *post-exposure prophylaxis (PEP)*
- *non-occupational*
- *sexual*
- *guidelines*
- *recommendations*

En français les principaux termes utilisés ont été:

- VIH
- accidents d'exposition sanguins non professionnels
- prophylaxie post-exposition
- traitement d'urgence
- traitement post-exposition
- antirétroviraux
- recommandations

L'analyse des références des articles sélectionnés par cette première recherche a également permis d'identifier d'autres articles en lien avec la problématique.

RÉSULTATS

1. Le recueil

a. Structures sollicitées pour l'étude

Un total de 51 structures a été sollicité [Figure 1, Carte 1]. La moitié environ d'entre elles étaient des services d'Urgences, un tiers des services de Médecine et un cinquième des CDAG [Tableau 1].

Parmi les services d'Urgences, 4 étaient des services d'Urgences au sein d'une clinique participant au service public hospitalier ou d'une clinique privée. Tous les autres relevaient d'hôpitaux publics.

Parmi les 11 CDAG sollicités, 6 étaient intra-hospitaliers. Les médecins du CDAG n'étaient alors pas distincts de ceux du service d'Infectiologie et il n'a pas toujours été possible d'obtenir une réponse spécifique pour le CDAG.

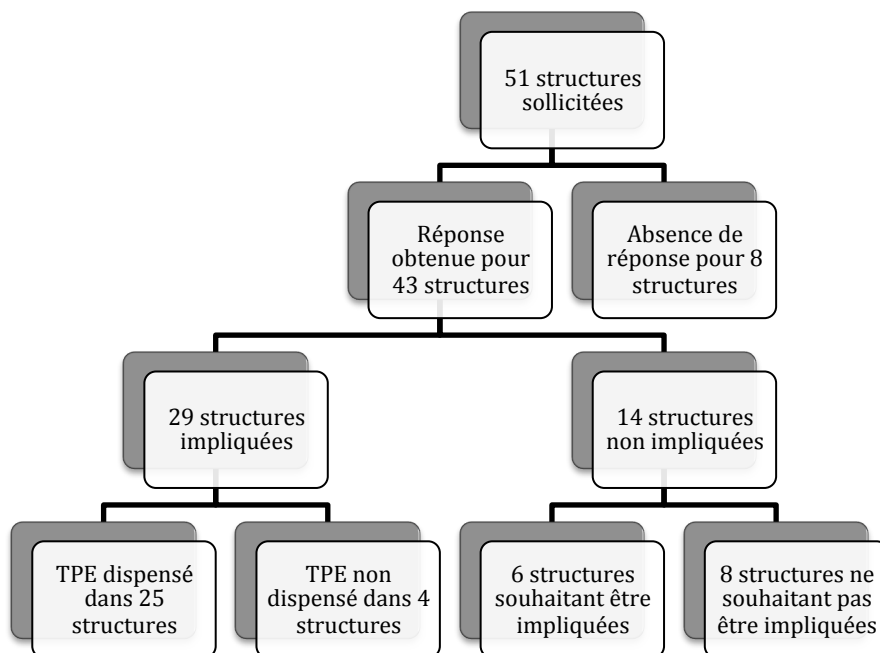
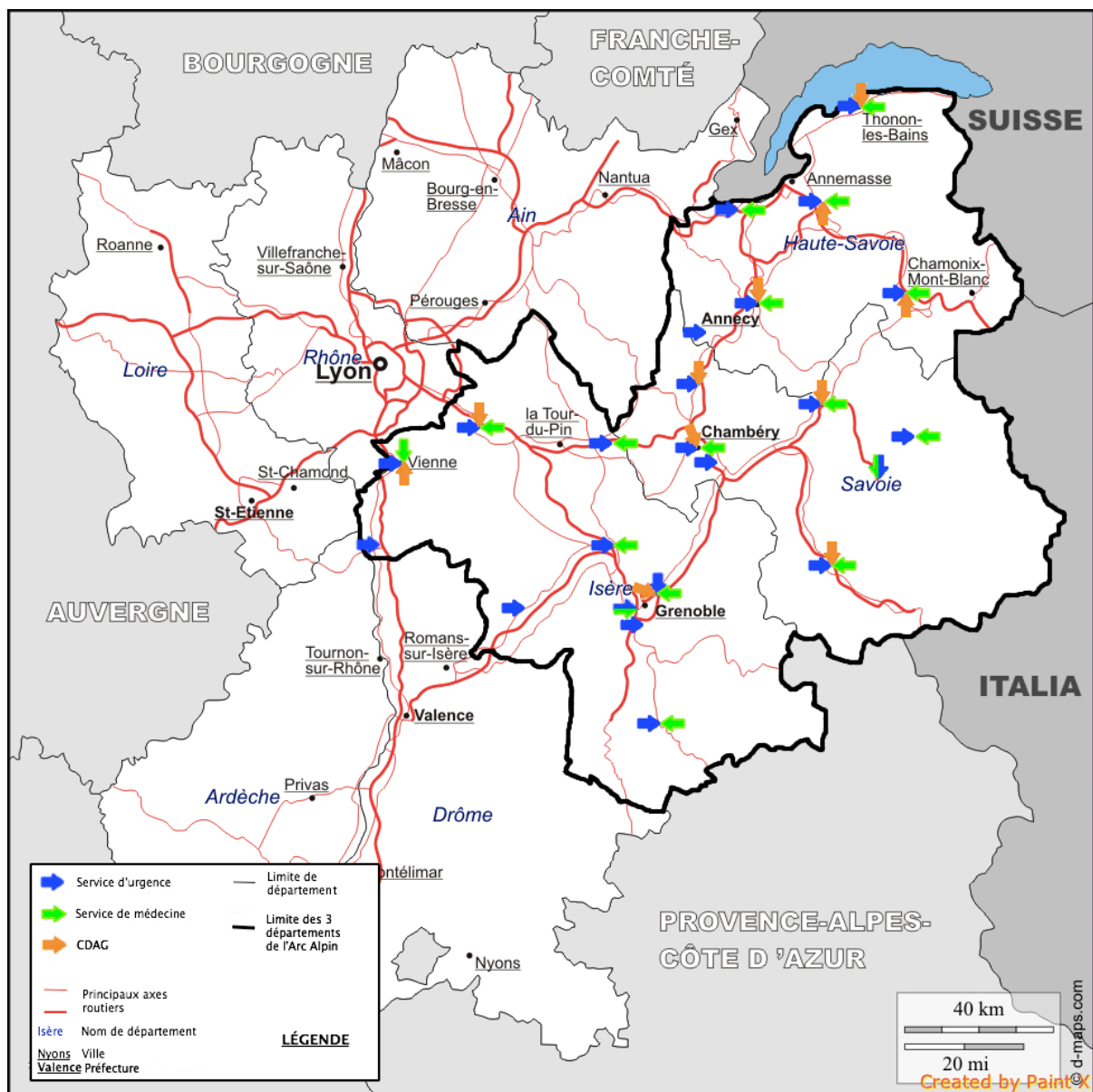


Figure 1- Vue générale des réponses au questionnaire



Carte 1 - Structures sollicitées

b. Taux de réponse

Une réponse a été obtenue pour 43 des structures incluses, soit un taux global de réponse de 84% [Tableau 1].

Tous les services d’Urgences du secteur public ont répondu, mais la réponse d’un seul service d’Urgences du secteur privé (PSPH et non-PSPH) a été obtenue. Les services de Médecine ont bien répondu, puisqu’une seule réponse était manquante.

Une réponse spécifique a été obtenue pour 63% des CDAG. Les taux de réponses étaient comparables entre les 3 départements : 87% de réponse pour la Haute-Savoie, 81% pour la Savoie et 85% pour l’Isère.

Trente-trois structures ont rempli le questionnaire en totalité (77%) ; 1 réponse manquait pour 5 structures (12%), 2 réponses pour 4 structures (9%) et 3 réponses pour 1 structure (2%).

	Nombre de structures à l'inclusion	Structures ayant répondu	
		Nombre	%
Haute-Savoie	15	13	87
dont SAU/UPATOU	6	6	100
dont services médicaux	5	5	100
dont CDAG	4	2	50
Savoie	16	13	81
dont SAU/UPATOU	7	6	86
dont services médicaux	5	5	100
dont CDAG	4	2	50
Isère	20	17	85
dont SAU/UPATOU	10	8	80
dont services médicaux	7	6	86
dont CDAG	3	3	100
Total	51	43	84
dont SAU/UPATOU	23	20	87
dont services médicaux	17	16	94
dont CDAG	11	7	63

Tableau 2 – Taux de réponse des différentes structures sollicitées

Les 43 structures étaient réparties dans 19 agglomérations différentes sur les 3 départements.

Une même agglomération pouvait regrouper plusieurs structures.

La liste des structures et agglomérations est fournie en annexe [Annexe 3].

2. La prise en charge des AESex en général sur l'Arc Alpin

a. Implication des structures

Vingt-neuf des 43 structures ayant répondu au questionnaire ont déclaré être impliquées dans la prise en charge des AESex, soit environ 2/3 [Tableau 2]. Quarante-vingt-dix pour cent des structures d'Urgences sont impliquées, les 10% restants correspondant au service d'Urgences d'une clinique privée PSPH à Grenoble et le centre de consultations non programmées (CCNP) de Saint-Marcellin.

Quatre-vingt-quinze pour cent des agglomérations (18 sur 19) étaient dotées d'au moins une structure impliquée dans la prise en charge des AESex. La seule agglomération n'en disposant pas était Saint-Marcellin, dans l'Isère.

	Impliquées		Non impliquées	
Toutes structures confondues	29	67%	14	33%
CDAG	2	29%	5	71%
Services de Médecine	9	56%	7	44%
Services d'Urgences	18	90%	2	10%
Agglomérations	18	95%	1	5%

Tableau 3- Implication des structures

b. Résultats généraux des structures impliquées

Plus de la moitié des structures impliquées pouvaient accueillir les patients vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept [Tableau 3] ; il s'agissait exclusivement de structures d'Urgences. Environ un tiers d'entre elles ne proposait qu'un accueil en journée, en semaine ; il s'agissait essentiellement des services de Médecine et des CDAG. Une autre structure d'Urgences n'accueillait les patients qu'en journée, 7 jours sur 7, et une autre structure d'Urgences n'accueillait ces patients que la nuit et 24h/24 les jours de week-end, lorsque le service d'Infectiologie référent était fermé.

Environ 80% des structures déclaraient travailler avec un protocole de prise en charge.

Toutes les structures déclaraient réaliser des sérologies, au sujet exposé comme (lorsque cela était possible) au sujet source.

Toutes les structures déclaraient pouvoir prendre avis auprès d'un référent ou être elles-mêmes référentes au sein de leur établissement.

Un kit d'urgence de TPE était disponible dans 86% des structures, et ce 24h/24 pour 72% d'entre elles. Lorsqu'un TPE était initié, le suivi et la réévaluation du traitement étaient organisés pour 64% dans le même centre hospitalier et pour 36% dans un autre centre hospitalier. Cette filière de suivi était clairement établie dans 79% des structures.

Parmi les 18 agglomérations dans lesquelles il existait au moins une structure impliquée dans la prise en charge des AEsex, il était possible d'être pris en charge pour un AEsex et de recevoir un TPE en cas d'exposition à risque 24h/24 et 7 jours/7 dans 17 agglomérations, soit 94% d'entre elles (la 18^{ème} était la ville de Rumilly).

	Structures impliquées	Agglomérations
Accueil		
En journée uniquement, en semaine	10/29 (34,5%)	/
En journée uniquement, 7j/7	1/29 (3,4%)	1/18 (5,6%)
De nuit uniquement et 24h/24 en week-end	1/29 (3,4%)	/
24h/24	17/29 (58,6%)	17/18 (94,4%)
Délai de prise en charge <2h	22/29 (75,9%)	16/18 (88,9%)
Protocole de prise en charge existant	23/29 (79,3%)	16/18 (88,9%)
Réalisation de sérologies		
Au sujet source	29/29 (100%)	18/18 (100%)
Au sujet exposé	29/29 (100%)	18/18 (100%)
Référent disponible pour avis	29/29 (100%)	18/18 (100%)
En journée uniquement, en semaine	9/29 (31%)	/
24h/24	9/29 (31%)	/
La structure est référente	11/29 (38%)	/
Kit TPE disponible	25/29 (86%)	18/18 (100%)
En journée uniquement, en semaine	6/25 (24%)	/
En journée uniquement, 7j/7	1/25 (4%)	1/18 (5,6%)
24h/24	18/25 (72%)	17/18 (94,4%)
Réévaluation du traitement		
Sur le même centre hospitalier	16/25 (64%)	/
Dans un autre centre hospitalier	9/25 (36%)	/
Prise en charge du risque VHB	20/29 (69%)	/
Filière de suivi clairement établie	23/29 (79%)	/

Tableau 4 – Résultats généraux des structures impliquées

3. Les détails et particularités de la prise en charge

a. L'accueil

- Horaires d'accueil

La carte 2 représente toutes les structures qui étaient impliquées dans la prise en charge des AESex en fonction des horaires d'accueil des patients.

Une même agglomération pouvait disposer de plusieurs structures prenant en charge les AESex, certaines 24h/24 (les services d'Urgences) et d'autres uniquement en journée (les services de Médecine et les CDAG). C'était le cas de Thonon, Annemasse, Saint-Julien-en-Genevois, Annecy, Sallanches, Chambéry, Albertville, Bourgoin-Jallieu, Voiron et Grenoble.

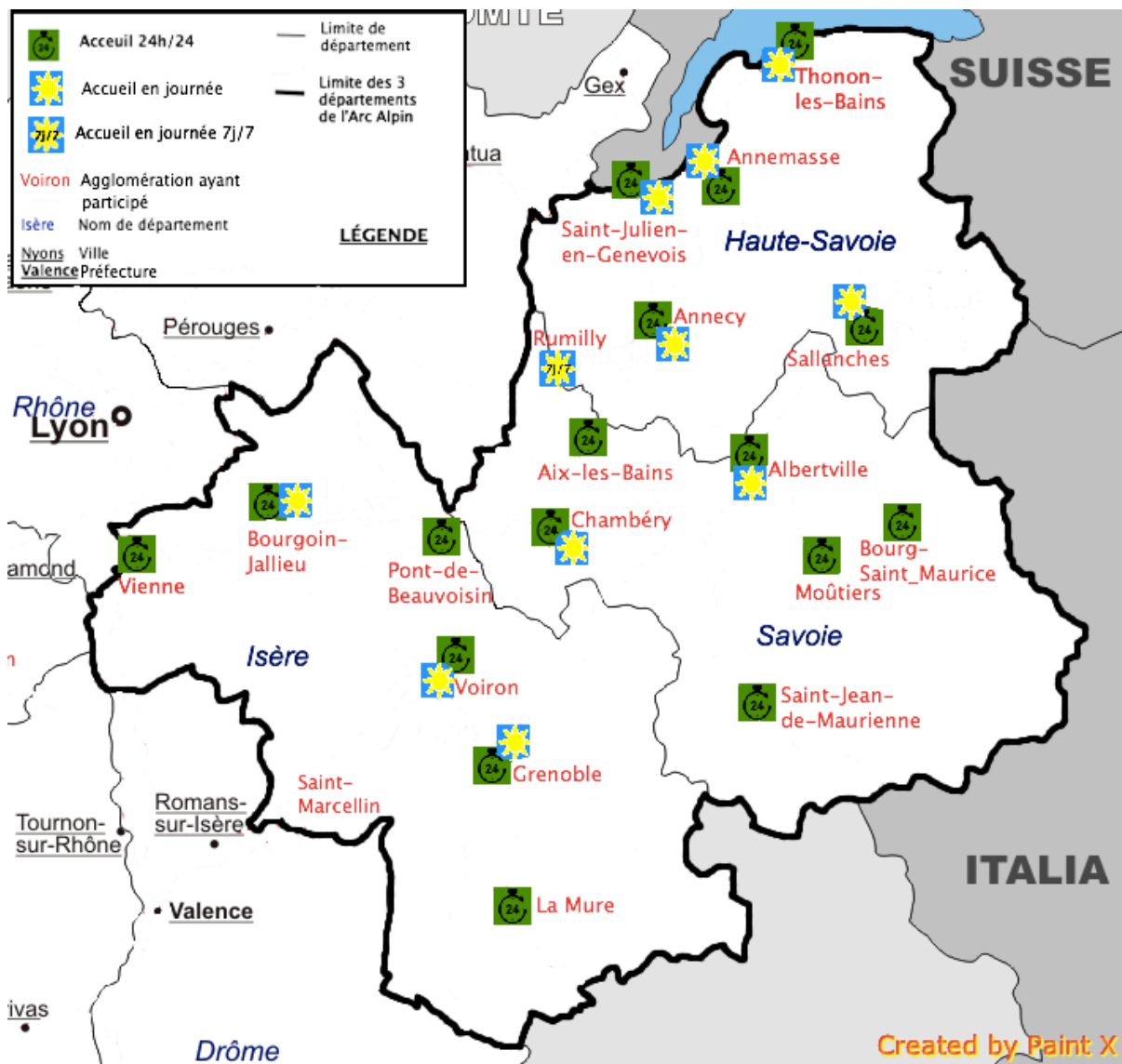
La seule agglomération où l'accueil n'était pas assuré 24h/24 était Rumilly, où la seule structure impliquée était un service d'Urgences ouvert uniquement en journée (mais 7 jours/7).

- Délai de prise en charge

Dans les 3/4 des structures, soit 16 agglomérations, les médecins interrogés considéraient qu'un patient était en général pris en charge dans les 2 heures qui suivaient sa présentation dans la structure. Lorsque ce n'était pas le cas, les raisons invoquées étaient le tri de priorisation des services d'Urgences (1 structure), la surcharge de travail dans les structures d'Urgences (2 structures), l'existence d'un seul médecin impliqué (2 structures), ou l'implication uniquement dans la réévaluation d'un traitement mis en route ailleurs (1 structure).

- Écoute

La très grande majorité (25 sur 29) des structures pensait délivrer une écoute adaptée aux patients se présentant pour un AESex. Les 4 structures ayant répondu par la négative à cette question étaient toutes des structures d'Urgences.



Carte 2 – Agglomérations et accueil des AEsSex

- Sérologies réalisées chez le sujet source ou exposé

Concernant les sérologies réalisées chez les sujets exposés, la majorité des structures réalisait les sérologies du VIH et des 2 hépatites : VIH, VHB, VHC [Figure 2]. Dix structures ajoutaient à cette liste la sérologie de la syphilis.

Il n'existait que 4 structures déclarant pouvoir avoir recours au TROD pour la recherche d'une infection par le VIH chez le sujet source lorsque celui-ci était présent.

- Prise en charge du risque lié au VHB

Le risque lié au virus de l'hépatite B (sérovaccination des sujets non immuns) était pris en charge parallèlement au risque lié au VIH dans 20 structures.

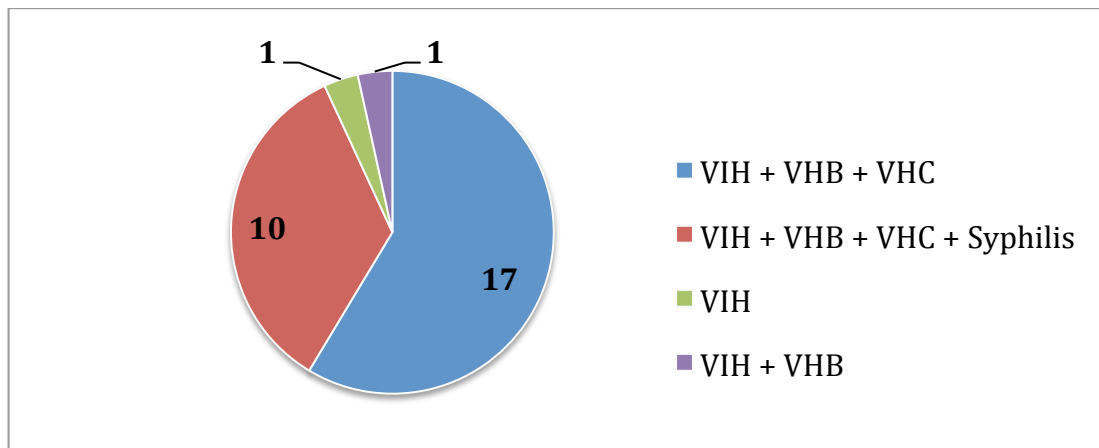


Figure 2 – Sérologies initiales chez le sujet exposé

- Activité en lien avec les AESex

Un relevé systématique des prises en charge d'AESex n'était effectué que dans 10 des 29 structures.

Les AESex représentaient une activité très variable selon les structures [Figure 3]. Cette activité s'échelonnait de quarante cas mensuels estimés dans le service d'Infectiologie du CHU de Grenoble, à une dizaine dans quelques grosses structures comme le service d'Urgences du CHU, le service d'Infectiologie d'Annecy, d'Annemasse ou l'Espace de Santé Publique (ESP) de Chambéry, et à une ou moins par mois dans la plupart des structures.

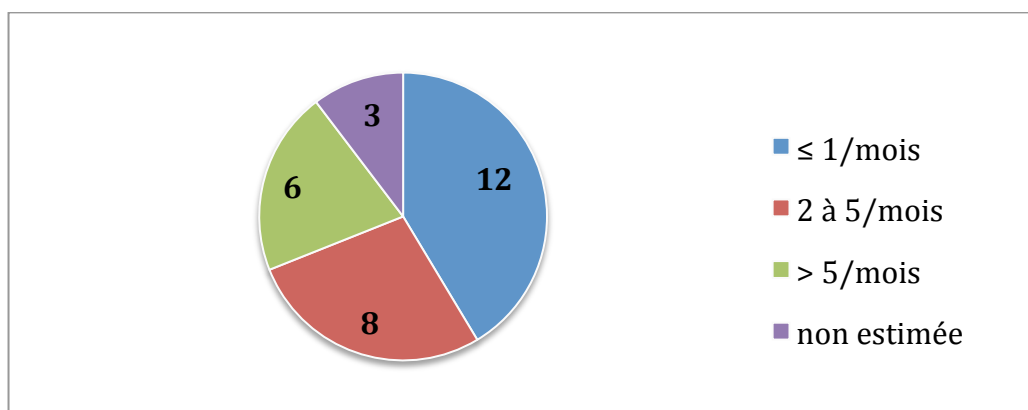
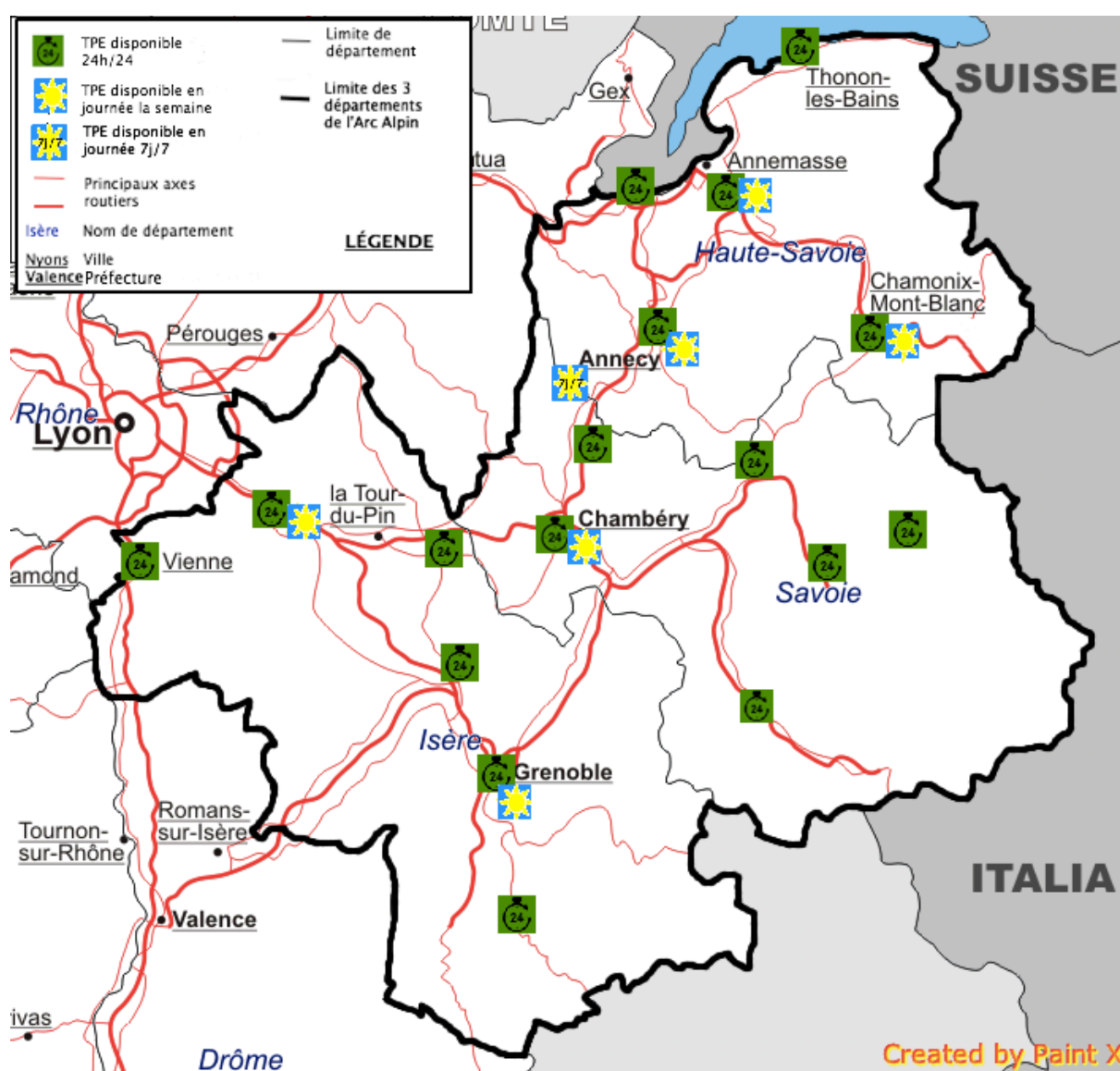


Figure 3 – Activité mensuelle estimée

b. Le Traitement Post-Exposition

Comme représenté sur la carte 3, 25 structures sur les 29 impliquées pouvaient dispenser un kit d'urgence de TPE. Ce kit était disponible 24h/24 dans 18 structures, en journée en semaine dans 6 structures, et en journée 7j/7 dans une structure (Rumilly).

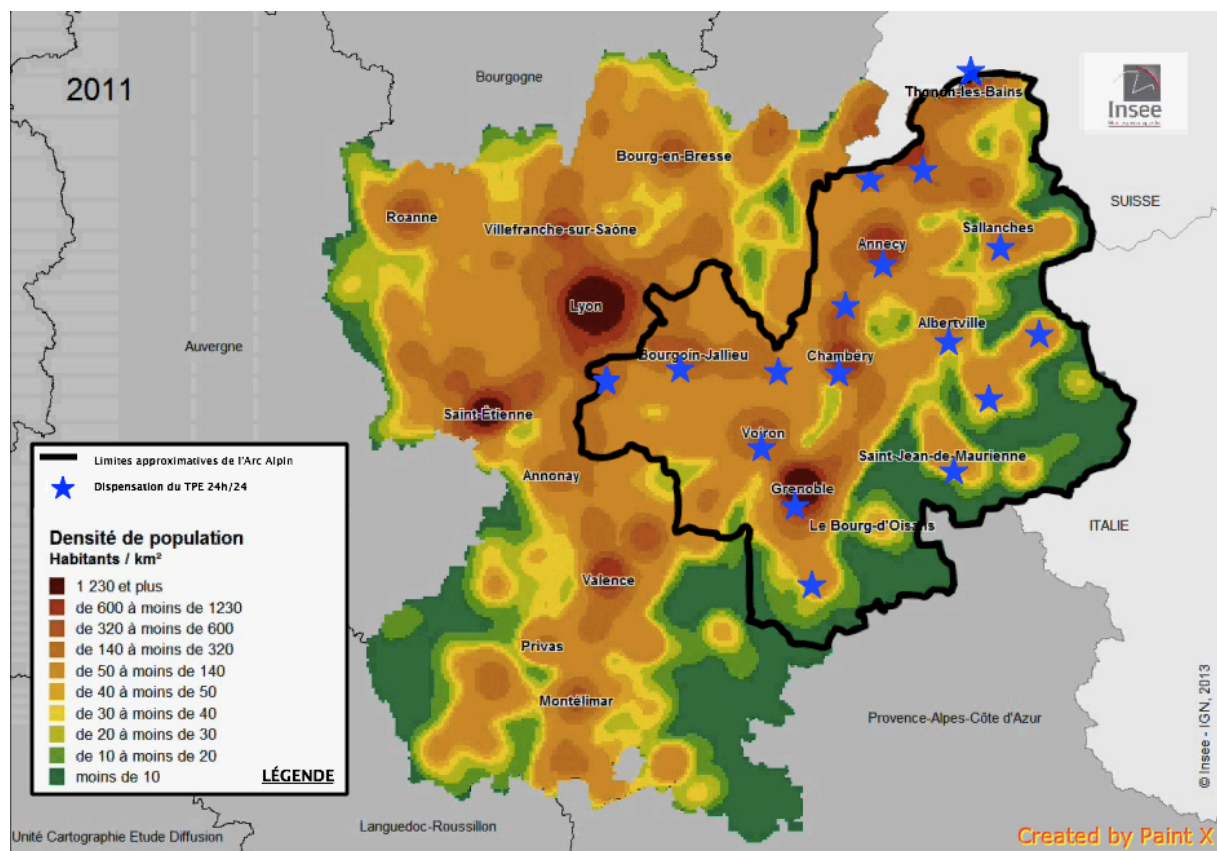
Les services d'Urgences impliqués disposaient tous d'un kit d'urgence, ainsi que 6 services de Médecine (Annemasse, Sallanches, Annecy, Chambéry, Bourgoin-Jallieu et le service d'Infectiologie du CHU de Grenoble). Parmi les CDAG, seul le CDAG d'Annemasse nous a déclaré disposer d'un kit.



Carte 3 - Disponibilité du TPE

Ainsi, 17 agglomérations offraient la possibilité de recevoir un kit de TPE 24h/24. Pour 6 d'entre elles l'offre était augmentée en journée en semaine avec une deuxième structure (voire une troisième à Annemasse) pouvant dispenser un TPE à ces horaires.

La carte 4 représente les lieux où un kit de TPE pouvait être dispensé 24h/24 en comparaison de la densité de population en Rhône-Alpes. Ces lieux de dispensation étaient bien répartis dans les zones de densité les plus importantes, qui correspondent en l'occurrence aux zones de plaines ou des grandes vallées de montagne.



Carte 4 - Dispensation du TPE 24h/24 et densité de population

Les kits d'urgence dispensés contenaient les antirétroviraux en quantité suffisante pour 48h dans 12 structures, pour 72h dans 7 structures, et pour 96h (4 jours) dans 5 structures [Figure 4]. Une structure proposait un kit de plus de 4 jours de traitement.

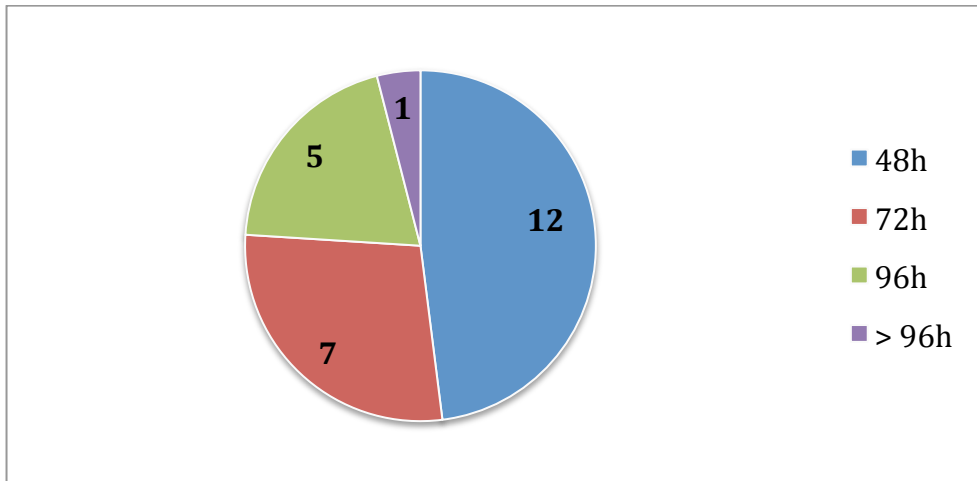


Figure 4 – Durée du kit d’urgence délivré

Le TPE proposé dans les kits était toujours une trithérapie, c’est-à-dire l’association de 3 antirétroviraux, 2 INTI et 1 IP/r. Les combinaisons proposées [Figure 5] étaient :

- Association fixe d’Emtricitabine et Tenofovir (Truvada[®]) – Association fixe de Lopinavir et Ritonavir (Kaletra[®]),
- Association fixe de Lamivudine et Zidovudine (Combivir[®])- Association fixe de Lopinavir et Ritonavir (Kaletra[®])
- Association fixe d’Emtricitabine et Tenofovir (Truvada[®]) - Darunavir (Prezista[®]) – Ritonavir (Norvir[®])

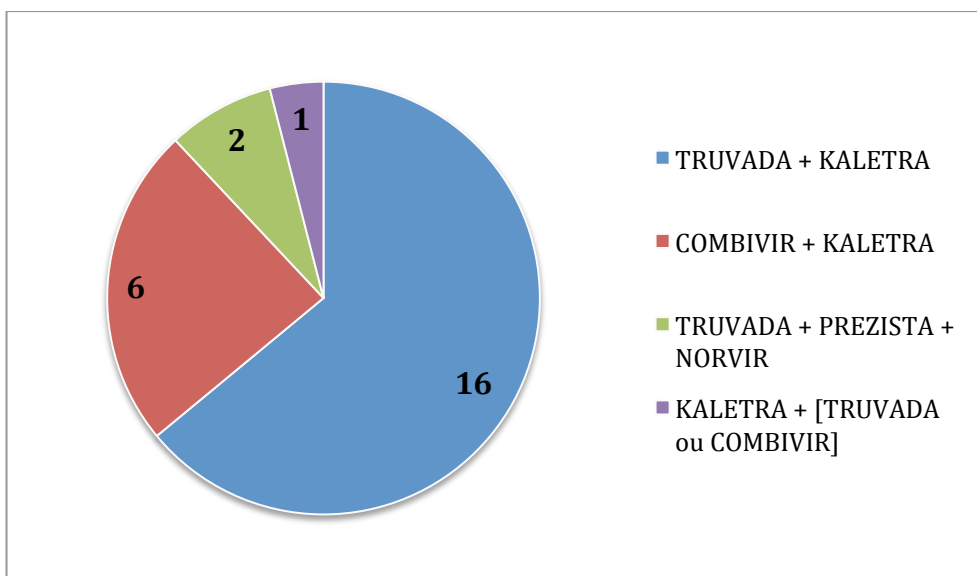
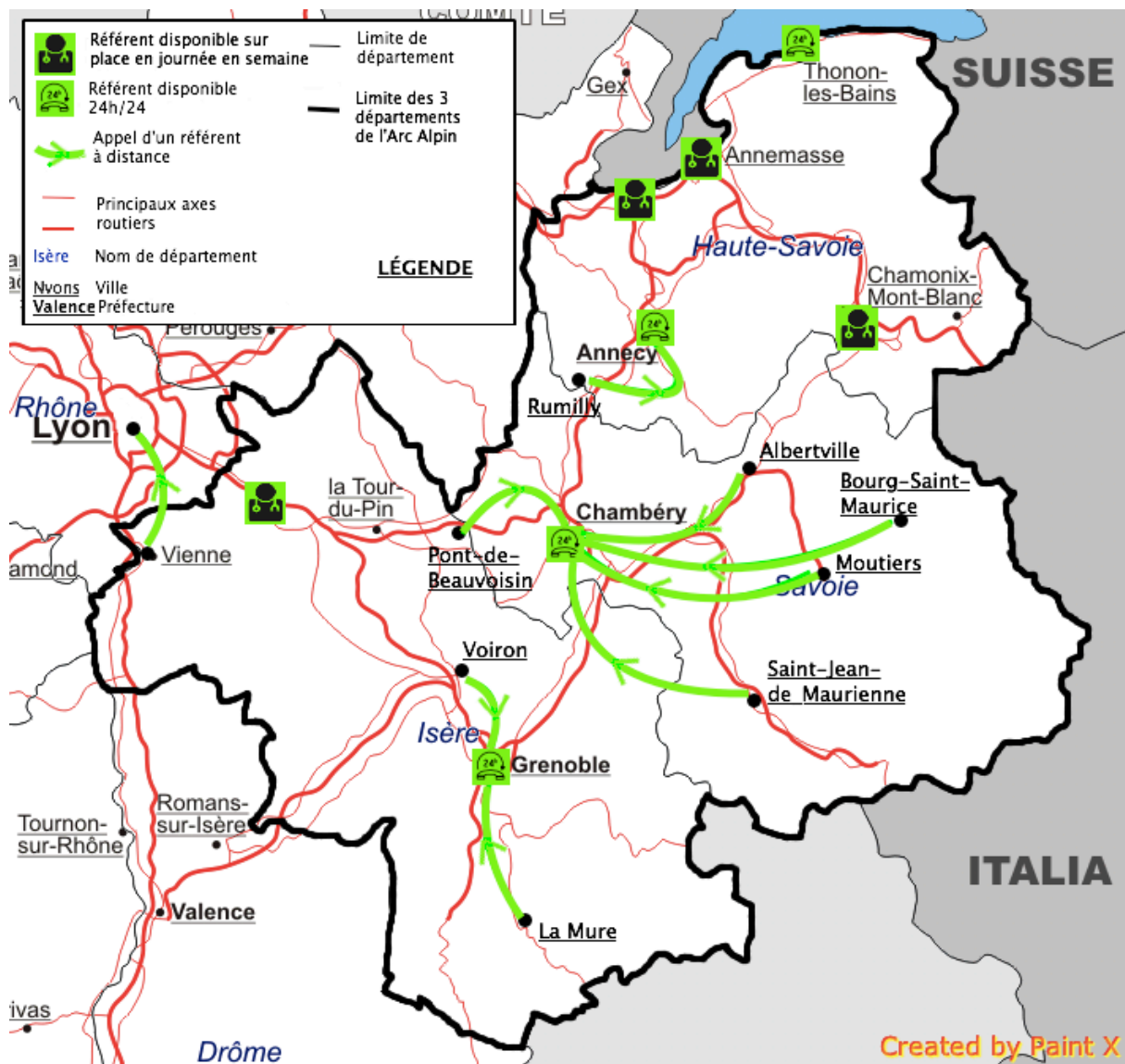


Figure 5- Antirétroviraux composant le kit

À la question « Si vous doutez de l'indication du TPE, pouvez-vous obtenir un avis en urgence ? », toutes les structures ont répondu par l'affirmative :

- 1/3 étaient elles-mêmes référentes au sein de leur établissement
- 1/3 avaient la possibilité de joindre un référent 24h/24
- 1/3 avaient la possibilité de joindre un référent uniquement de jour en semaine

Les référents étaient soit présents sur place, soit disponibles pour un avis téléphonique à distance [Carte 5].



Carte 5 – Localisation et disponibilité du référent

Le service d'Infectiologie du CH de Chambéry était le service référent pour toutes les structures de Savoie, ainsi que pour les urgences du CH Yves-Touraine à Pont-de-Beauvoisin.

Le service d'infectiologie du CHU de Grenoble était le centre référent pour le CH de Voiron et le CH de La Mure. Les urgences de Vienne déclaraient se référer à des hôpitaux Lyonnais, celles du CH de Rumilly se tournaient vers le service d'infectiologie du CH d'Annecy.

c. La réévaluation du TPE

Pour 15 des 25 structures dispensant le TPE, la réévaluation du traitement pouvait se faire au sein du même établissement. Dans 7 structures la réévaluation se faisait dans le même service que celui où le traitement avait été initié, par le médecin référent VIH du service. Dans 8 autres, la réévaluation se faisait dans un autre service mais au sein du même établissement [Figure 6].

Pour 9 structures, la réévaluation du traitement n'était pas effectuée sur place mais à distance, dans un autre centre hospitalier. C'était le cas pour :

- en Haute-Savoie : les Urgences de Rumilly ;
- en Savoie : les Urgences d'Aix-les-Bains, de Bourg-Saint-Maurice, de Moutiers, de Saint-Jean-de-Maurienne et d'Albertville ;
- en Isère : les Urgences de Vienne, de La Mure, et de Pont-de-Beauvoisin. A Voiron les patients étaient ré-adressés soit à un infectiologue du CH, soit au service d'Infectiologie du CHU de Grenoble.

Le CH réalisant la réévaluation était alors le CH auprès duquel l'avis du référent était pris [Carte 5].

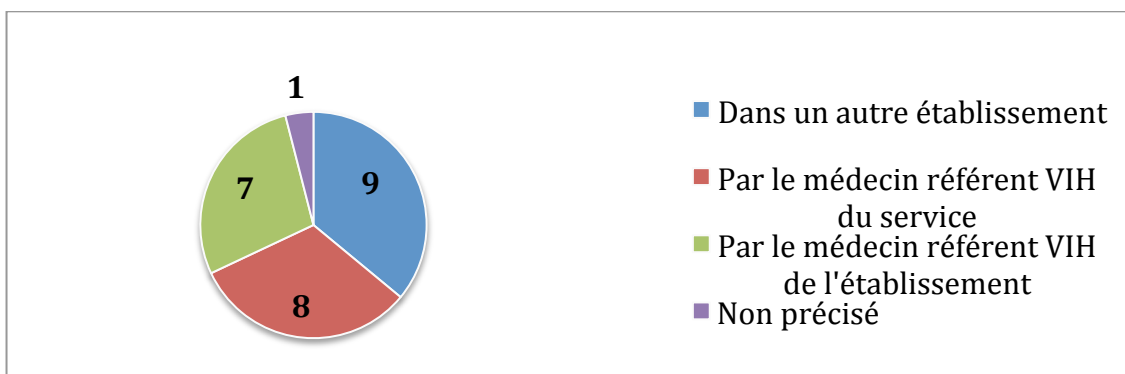


Figure 6 – Ré-évaluation du traitement

d. Formation et ressenti des soignants

▪ Protocole et présentation du protocole

Vingt-trois (79,3%) des structures impliquées déclaraient disposer d'un protocole de prélèvement et de traitement des AESex. Seules 5 structures nous ont transmis ces protocoles. Parmi les 5 protocoles transmis, 3 étaient en fait des protocoles pour la prise en charge des AES professionnels, dans le cadre d'une activité de soin. Les 2 autres étaient des protocoles concernant tous les types d'AES et comportant une partie spécifique aux AESex.

Parmi les 23 structures qui déclaraient disposer d'un protocole, seules 8 déclaraient le présenter régulièrement à l'équipe soignante.

▪ Formation spécifique

Cinq structures ont bénéficié d'une formation spécifique à la prise en charge des AESex, auxquelles s'ajoutaient les 8 structures qui déclaraient être le service formateur local. Au total, il n'y avait donc que 13 structures (45%) spécifiquement formées à cette prise en charge. Parmi les services d'Urgences, seules 2 structures (11%) ont déclaré avoir suivi une formation spécifique.

Parmi les 16 structures non spécifiquement formées, 10 déclaraient souhaiter une formation et 4 n'en souhaitaient pas ; 2 ne se prononçaient pas quant à un souhait de formation. Il s'agissait de 16 services d'Urgences.

▪ Difficultés rencontrées

À la question « Pensez-vous que votre service est au point sur cette prise en charge ? », 22 structures ont répondu par l'affirmative. Parmi les 7 structures ne se jugeant pas au point, 6 n'avaient pas bénéficié d'une formation spécifique (5 étaient des services d'Urgences). La 7^e structure était un service de Médecine, à laquelle n'était rattaché qu'un seul médecin infectiologue : sa réponse ne concernait pas sa propre expertise, mais les capacités locales d'organisation.

À la question « Quelles difficultés rencontre votre équipe lors de la prise en charge des AESex ? », 13 structures ont répondu « aucune ». Certaines des structures qui avaient répondu être au point sur la prise en charge identifiaient tout de même des difficultés ressenties par l'équipe.

La figure 7 représente les différentes difficultés répertoriées dans les réponses. Une même structure pouvait citer plusieurs difficultés. Les 4 principales sources de difficultés étaient la

difficulté à reconnaître l'indication du TPE, le défaut de suivi ultérieur, un problème de référent et un malaise à aborder le sujet.

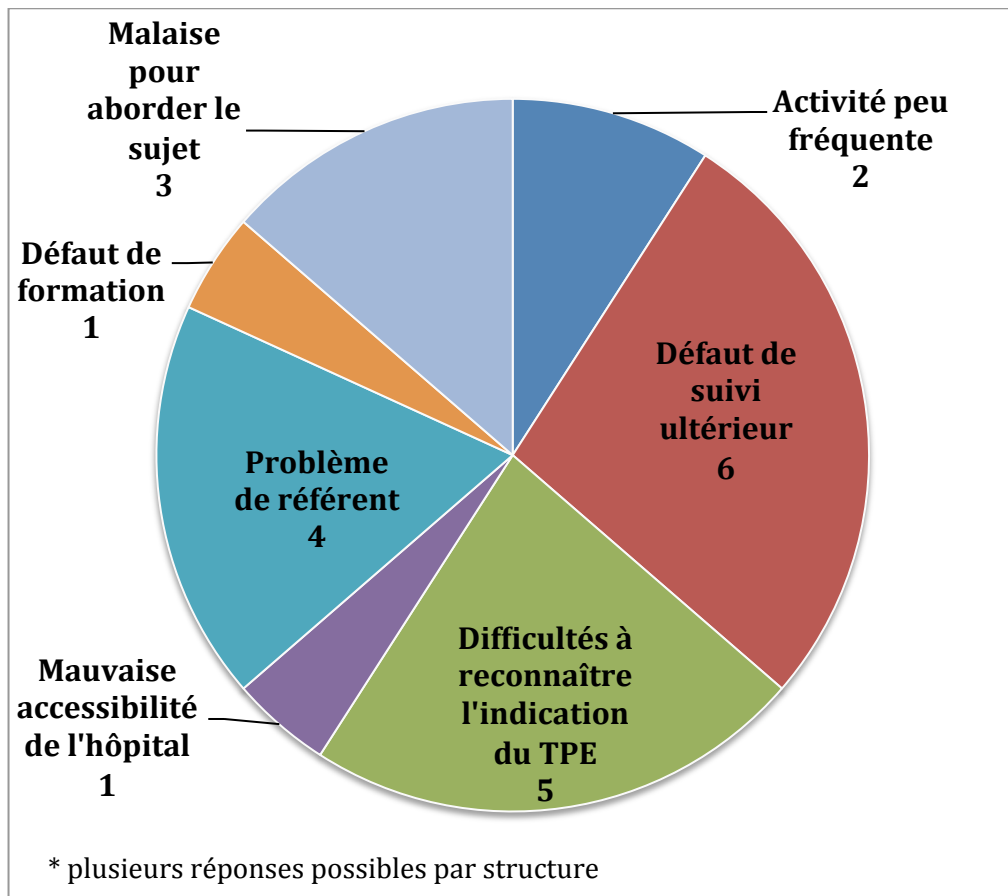


Figure 7 – Difficultés ressenties dans la prise en charge*

4. Les centres qui ne sont pas impliqués dans la prise en charge des AESex

a. Types des structures

Les structures ayant répondu ne pas participer à la prise en charge des AESex étaient au nombre de 14 et étaient principalement des services de Médecine et des CDAG [Figure 8].

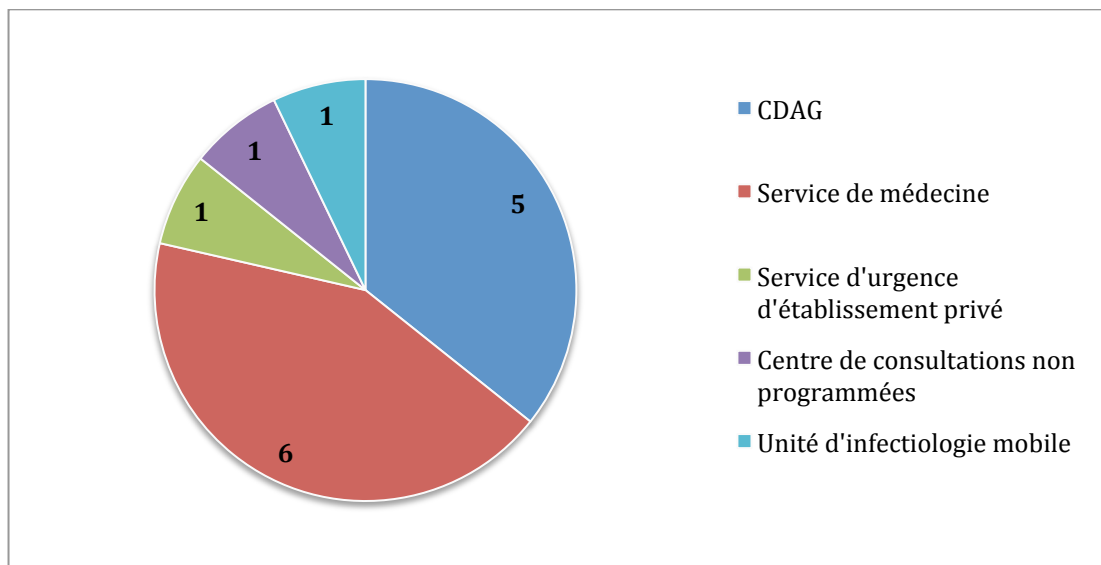


Figure 8 – Types des structures non impliquées dans la prise en charge des AESex

À une exception près, tous les services de médecine ne prenant pas en charge les AESex étaient des services de médecine polyvalente, sans activité spécifique en infectiologie. L'exception était constituée par une unité mobile d'Infectiologie dans une clinique PSPH.

b. Raisons invoquées à l'absence de prise en charge des AESex

Lorsque les structures avaient répondu ne pas être impliquées dans cette prise en charge, une question à réponse libre leur en demandait les raisons. Une même structure pouvait donner plusieurs réponses.

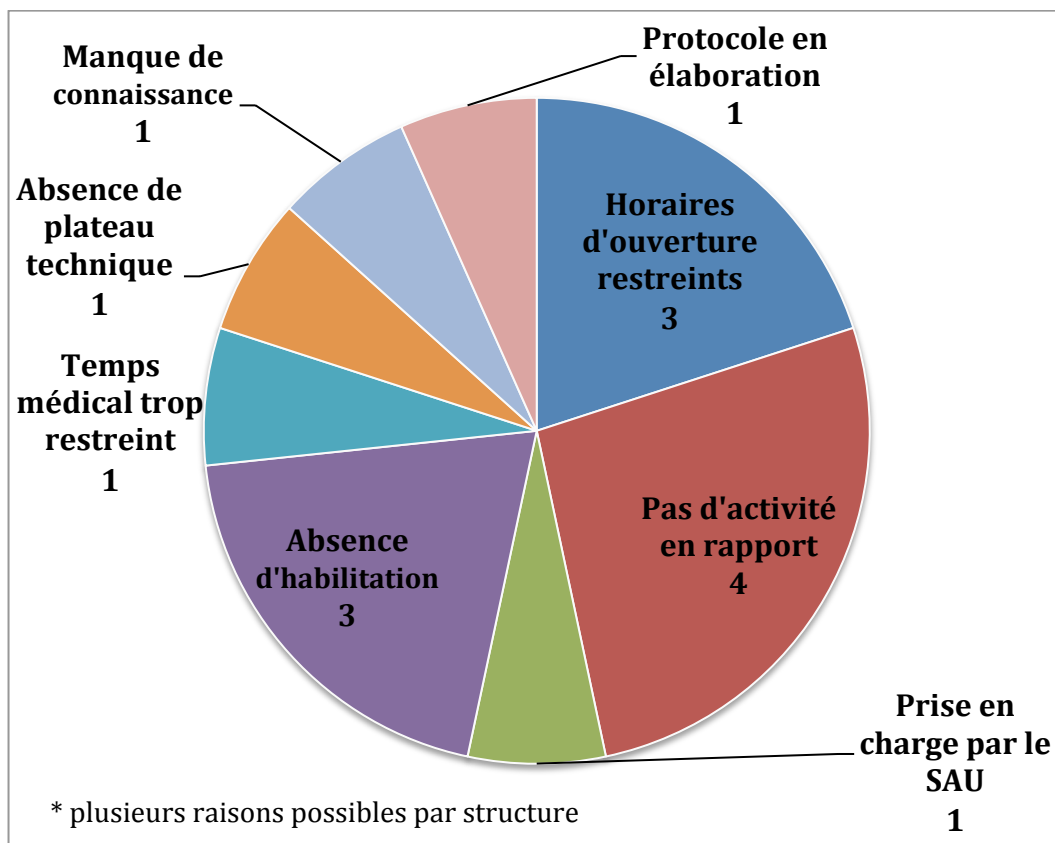


Figure 9 – Réponses invoquées à l'absence de prise en charge des AESex*

Les raisons citées étaient diverses [Figure 9]. Les principales raisons invoquées par les CDAG étaient des horaires d'ouverture restreints et l'absence d'habilitation. Pour donner un exemple, le CDAG d'Aix-les-Bains n'est ouvert que par tranches de 2 heures le mercredi et le jeudi. La principale raison invoquée par les services de médecine était l'absence d'activité en rapport (services de médecine polyvalente, sans activité spécifique en infectiologie). Un service médical polyvalent nous a signalé être en cours d'élaboration d'un protocole de prise en charge.

c. Souhait d'implication

Six structures ont exprimé souhaiter prendre en charge les AESex : 3 CDAG (tous extrahospitaliers), un service de Médecine (celui en cours d'élaboration d'un protocole), le service d'Urgences et l'unité mobile d'Infectiologie d'une clinique PSPH de Grenoble.

d. Réorientation des patients

Nous avons demandé aux structures non impliquées vers quelle structure elles adressaient les patients qui se présentaient à elles suite à une exposition d'ordre sexuel [Figure 10]. Certaines structures ont donné plusieurs réponses, notamment en fonction de l'horaire.

C'était par exemple le cas du CDAG d'Aix-les-Bains qui adressait les patients à l'ESP de Chambéry en journée en semaine, et au service des Urgences du CH d'Aix-les-Bains en dehors des heures d'ouverture de l'ESP.

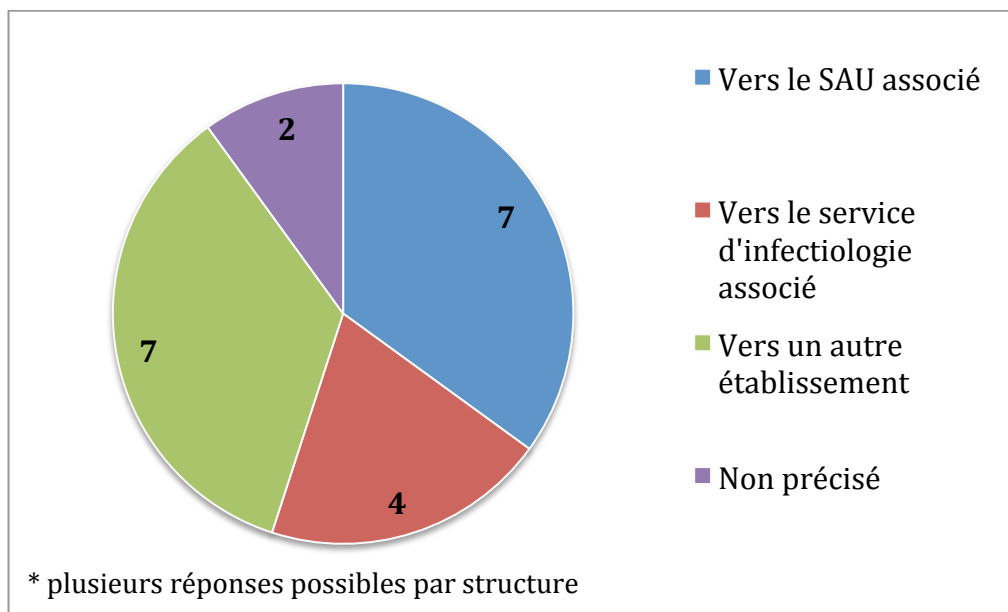
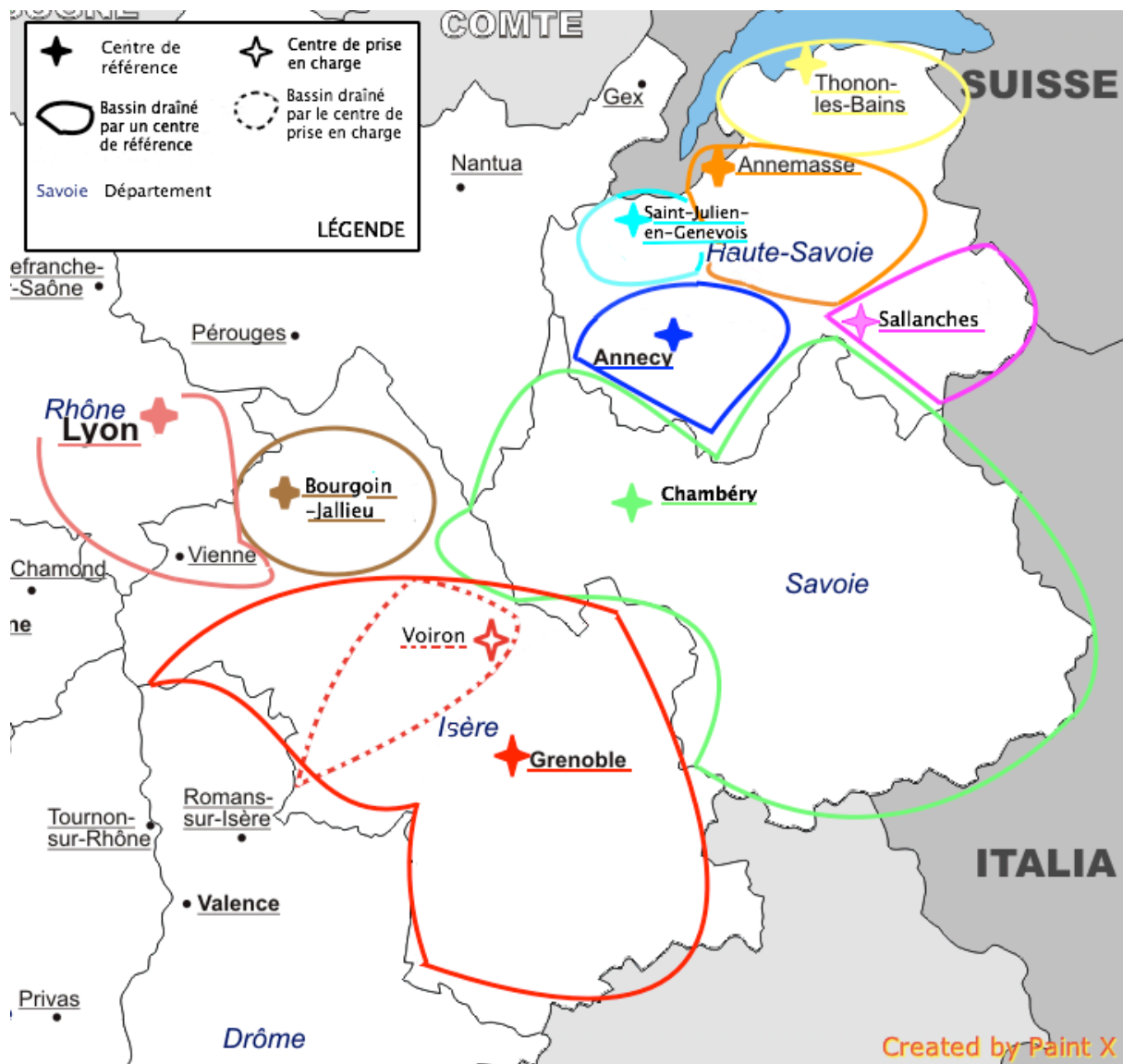


Figure 10 – Ré-orientation des patients*

5. Bassins de prise en charge

L'ensemble des réponses des centres impliqués et non impliqués a permis de définir des bassins de prise en charge, « drainés » par un centre de référence dans lequel existait un service d'Infectiologie, ou au minimum une consultation d'Infectiologie, et parfois un CDAG (intra ou extrahospitalier).



Carte 6 – Bassins de prise en charge

La Haute-Savoie était ainsi morcelée en 5 zones, correspondant aux 5 centres hospitaliers du département.

La Savoie était pour sa part « drainée » exclusivement par l'ESP et le service d'Infectiologie du CH de Chambéry : l'équipe médicale y dispensait un avis téléphonique 24h/24 et suivait les patients ayant consulté pour un AESex dans les établissements du département.

L'Isère était en grande partie couverte par l'équipe d'infectiologie du CHU de Grenoble. Le CH de Voiron couvrait une partie du territoire du sud Isère, mais en gardant le CHU comme référence. Le nord Isère en revanche était « drainé » en partie sur le CH de Bourgoin-Jallieu et en partie sur les hôpitaux de la région lyonnaise, plus proches géographiquement que le CHU de Grenoble.

DISCUSSION

Cette enquête de pratique déclarative avait pour objectif de faire un état des lieux de la prise en charge des accidents d'exposition non professionnels d'ordre sexuel dans les 3 départements de l'Isère, Savoie et Haute-Savoie.

Il a pu être mis en évidence que la permanence des soins est assurée 24h/24 dans les services d'Urgences avec une bonne couverture du territoire. Des référents existent et semblent bien identifiés, tant pour étayer une indication de mise en route de TPE que pour en réévaluer l'indication après quelques jours.

Concomitamment au début de ce travail a paru le dernier rapport d'experts français concernant la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, sous la direction du Dr Philippe Morlat (20).

Cette étude montre qu'il existe une bonne couverture géographique de l'offre de soins pour la prise en charge des AESex, un centre de prise en charge ouvert 24h/24 étant toujours disponible dans un rayon de 2 heures de route, même dans les zones de montagne. Cette disponibilité, qui est conforme aux recommandations du rapport Morlat et des versions précédentes, est rendue possible par le maillage des services d'Urgences publics. L'offre de soins en journée en semaine se trouve augmentée par la prise en charge directe dans les services d'Infectiologie. Par ailleurs, le rapport propose l'élargissement de la prise en charge des AESex à des structures extrahospitalières et notamment aux CDAG et aux Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST). Dans notre étude, parmi les 5 CDAG non impliqués dans cette prise en charge, 3 ont exprimé leur souhait de l'être.

Dans notre étude, seules 4 structures ont déclaré disposer de TROD, dont 2 services d'Urgences et 2 services médicaux, alors que le rapport Morlat souligne l'intérêt de leur mise à disposition pour évaluer au mieux le risque lorsque le patient source est présent.

Sur l'Arc Alpin, un traitement post-exposition peut être délivré dans tous les services d'Urgences, y compris la nuit et le weekend grâce aux kits d'urgence de prophylaxie post-exposition. Ces kits dispensent un traitement pour une durée minimale de 48h. Cependant, alors que le rapport Morlat recommande la dispensation d'un kit d'urgence de trithérapie en quantité suffisante pour 4 jours de traitement, 20% seulement des structures le dispensaient pour cette durée. Les associations proposées dans les kits sont conformes aux recommandations du rapport :

- emtricitabine/tenofovir et lopinavir/ritonavir est l'association de choix
- zamivudine/lamivudine et lopinavir/ritonavir est l'association à préférer en cas d'atteinte rénale préexistante
- l'utilisation de darunavir/ritonavir à la place du lopinavir/ritonavir n'a été que peu étudiée mais son profil de tolérance et sa dispensation en une prise quotidienne en font un antirétroviral de première intention.

Un référent est identifié et disponible pour avis dans toutes les structures, soit sur place, soit à distance par téléphone. Conformément aux recommandations, une réévaluation du traitement est effectuée à l'issue des 48 à 96 premières heures, soit dans l'établissement où la prise en charge a été initiée, soit dans un établissement référent à distance.

Il est clairement stipulé dans le rapport Morlat que « la qualité de la prise en charge initiale nécessite la rédaction de procédures d'orientation dès l'accueil, la formation des équipes soignantes, le respect des conditions de confidentialité et le développement de liens de travail avec la pharmacie hospitalière, la médecine du travail et les services référents pour VIH assurant le suivi [...] ». Ces axes correspondent aux principales difficultés mises en évidence dans notre étude : d'une part l'organisation théorique et pratique des filières de réévaluation, et d'autre part le peu de formation des professionnels des services d'Urgences alors qu'ils sont en première ligne de la prise en charge. Enfin, il existe peu de protocoles spécifiques de prise en charge.

Ces problématiques sont régulièrement mises en exergue dans des études portant sur la prise en charge des AESex.

Ainsi, en 2009, le COREVIH de Bretagne a mené une enquête sur questionnaire à destination des services d'Urgences bretons afin de faire un état des lieux de la prise en charge des AESex et du TPE (24). Les problématiques qui ressortaient de cette étude étaient :

- peu de protocoles spécifiques de prise en charge : 29% des SAU en disposaient,
- peu de formation adéquate des équipes soignantes aux urgences : 17% des SAU déclaraient avoir organisé une formation et 81% des urgentistes interrogés évoquaient le manque de formation comme étant une difficulté,
- difficultés à établir des filières de suivi : 69% des urgentistes évoquaient des difficultés dans l'organisation du suivi, tant en termes de filière théorique qu'en termes d'organisation pratique (prise de rendez-vous, rappel des patients...),

De même, en 2011, le travail de thèse du Dr Julia Krotoff avait consisté en une évaluation du dispositif de prise en charge des accidents d'exposition au risque viral (AEV) chez l'adulte au sein du CHU de Grenoble et du CH de Chambéry (14). La première partie de son travail consistait en un audit organisationnel auprès de 18 acteurs de santé, ayant accepté de participer à un entretien. Une procédure de prise en charge existait dans les 2 centres et était bien connue des acteurs. L'organisation de la filière de suivi semblait majoritairement connue et considérée comme effective même si certaines réponses évoquaient des lacunes dans le suivi des patients. Les soignants interrogés y évoquaient cependant des difficultés d'application des procédures en place et souhaitaient voir se développer une activité de formation autour de la prise en charge des AEV.

Dans notre étude, la majorité des structures déclarait dispenser une écoute adaptée aux consultants pour AESex. Pourtant, dans la synthèse de Sida Info Service (SIS) de 2011 portant sur les appels sur la ligne téléphonique (numéro vert) et des échanges sur le forum de l'année 2010, il est mentionné que « plus de huit appelants sur dix venant de finir un TPE et plus de six appelants sous TPE ont déjà téléphoné auparavant » (25). En d'autres termes, de nombreux patients ressentent le besoin à plusieurs reprises d'appeler le numéro vert de SIS au cours et au décours du TPE. Ceci témoigne de l'importance de l'accompagnement dans ces situations de soin complexes. Certains témoignages font également ressortir des dysfonctionnements du dispositif de prise en charge et notamment des attitudes éthiquement inacceptables de la part des soignants, et un manque d'écoute et d'accompagnement. On peut cependant penser que les propos rapportés auprès de SIS sont plutôt ceux des usagers mécontents (et donc plus prompts à exprimer leur mécontentement) que des satisfaits de la prise en charge.

Ces problématiques ressortent également dans des études réalisées à l'étranger.

Au Canada au début des années 2000 a été mené un programme de prophylaxie post-exposition auprès des victimes d'agressions sexuelles, le *HIV PEP Program* (26), qui a fait l'objet d'une évaluation en 2005. Les soignants interrogés à cette occasion ont fait ressortir l'importance d'une équipe soignante formée, notamment en ce qui concerne les médecins urgentistes. Nombreux étaient ceux qui pouvaient rapporter une situation problématique impliquant un médecin connaissant mal les indications du traitement, ou la balance bénéfice-risque que l'on y attribue.

Les recommandations britanniques concernant l'utilisation d'un TPE après exposition sexuelle au VIH ont souligné à partir de 2006 l'importance d'une offre de soins 24h sur 24 et

ont proposé que les services d'Urgences puissent contribuer à la dispensation d'un TPE en dehors des horaires de journée (27). Une étude publiée en 2012 et portant sur l'analyse des dossiers de 4 services d'Urgences de la région de Birmingham évoquait plusieurs manquements dans la prise en charge des consultants pour AESex : 10 expositions sur 18 étaient mal renseignées (pas de notion du type d'exposition ou du statut du patient source) et parmi eux 4 patients avaient tout de même bénéficié d'un TPE, un patient n'avait pas bénéficié d'un TPE alors qu'il était indiqué, et l'avis auprès d'un spécialiste n'avait été sollicité que pour 4 patients (28). Ces manquements étaient possiblement associés à un manque d'expertise des médecins urgentistes. L'auteur proposait que des formations soient organisées et des protocoles de prise en charge élaborés.

Certaines limites sont à noter concernant notre étude.

La première est liée à la méthodologie : quel crédit doit-on attribuer à une enquête déclarative ? La véracité des réponses n'est pas vérifiable. Par exemple, une écoute adaptée est-elle vraiment apportée aux consultants pour AESex comme le mentionnent 86% des structures ?

Les suivantes découlent du dispositif utilisé, un questionnaire papier et internet. D'une part, la validité et la reproductibilité du questionnaire n'ont pas été établies au préalable auprès d'un premier échantillon.

D'autre part, le recueil de réponse par questionnaire standardise les réponses apportées et ne permet pas au répondeur d'adapter sa réponse si celles proposées ne correspondent pas parfaitement à la situation réelle. Il existe alors un risque de perte d'information ou d'information biaisée. Pour donner un exemple, toutes les structures de Savoie ont identifié le service d'Infectiologie de Chambéry comme l'équipe de référence, mais certaines nous ont déclaré pouvoir les joindre 24h/24 alors que d'autres nous ont déclaré ne pouvoir les joindre que de jour en semaine.

Par ailleurs, les questions posées n'ont pas toujours été correctement comprises par les répondants, entraînant donc des réponses inappropriées. Par exemple, concernant la question « Comment le rendu des résultats des sérologies est-il géré ? », la moitié des réponses a concerné le rendu des résultats par le laboratoire au médecin et l'autre moitié le rendu des résultats aux patients (ce qui était le champ réel de la question). Les réponses à cette question n'ont donc pas pu être analysées.

Enfin, certaines questions appelaient des réponses subjectives et non factuelles, notamment sur le ressenti des équipes par rapport à la prise en charge, « Pensez-vous que... ? ». Les réponses à ces questions étaient libres et leur analyse est à prendre avec plus de recul, puisque les réponses similaires ont été regroupées sous un même intitulé et non restituées mots pour mots. De plus, ces réponses reflètent l'avis d'un seul médecin par structure. Interroger plusieurs médecins par centre aurait peut-être fait émerger des réponses différentes.

On notera également que cette étude n'a été réalisée qu'auprès des médecins des structures concernées, et n'a pas pris en compte les réponses des équipes paramédicales (celles-ci auraient par exemple pu apporter une vision alternative sur l'écoute apportée aux patients, ou sur le souhait de formation), ou le point de vue des patients.

Enfin, pour être tout à fait complet, ce travail aurait nécessité l'exhaustivité complète des réponses des structures susceptibles d'être impliquées dans ce dispositif de prise en charge.

Ceci n'a pas été possible pour 2 raisons :

- certaines structures n'ont pas été sollicitées initialement car non repérées par les outils de recherche utilisés, notamment certains établissements de santé privés de Haute-Savoie ;
- d'importantes difficultés de recueil des réponses auprès des structures sollicitées, et ce malgré plusieurs relances par courrier, mail ou téléphone.

Une enquête de pratique portant sur l'analyse de dossiers, idéalement de manière prospective et réalisée à l'échelle des 3 départements, permettrait de renforcer les résultats de notre étude. Nos résultats pourront toutefois permettre dès à présent au COREVIH d'entreprendre un travail de communication et de formation pour renforcer et harmoniser ces aspects de la prise en charge :

- assurer de bonnes connaissances théoriques des médecins urgentistes
- assurer une prise en charge attentive, confidentielle et empathique
- diffuser l'utilisation des TROD
- favoriser la rédaction de procédures de prise en charge spécifiques aux expositions sexuelles au VIH
- établir clairement des filières de prise en charge, qui soient facile à saisir par les équipes soignantes et les patients

En parallèle de notre étude, et en lien avec le COREVIH, l'association AIDES, première association de lutte contre le SIDA en France, mène actuellement une étude qui vise à renseigner les freins au recours au TPE dans la région Rhône-Alpes, notamment pour les personnes les plus exposées au VIH (homme ayant des relations sexuelles avec des hommes, utilisateurs de drogues par injection, couples sérodiscordants, travailleur-se-s du sexe, transsexuels). Elle interrogera tant des patients, séronégatifs ou séropositifs, qui ont reçu un TPE, qui auraient pu recevoir une TPE mais ne l'ont pas fait ou à qui on l'a refusé, que des prescripteurs (personnel médical et paramédical). Les résultats de cette étude pourront également venir renforcer ou au contraire contredire certains des résultats de notre travail.

Comme le souligne le rapport Morlat (20), le TPE s'inscrit dans une démarche de prévention plus globale : la prévention combinée. Cette démarche de prévention associe :

- les interventions biomédicales : traitement des patients infectés ou *Treatment as Prevention* (TasP), prophylaxie post-exposition, traitement maternel dans la diminution du risque de transmission materno-fœtale, traitement des co-infections par d'autres IST, ou plus récemment la prophylaxie pré-exposition (PrEP) etc. ;
- les interventions comportementales : programmes d'éducation à la réduction des risques sexuels et usage de drogue, éducation à la sexualité, aide à l'observance/éducation thérapeutique etc. ;
- le dépistage du VIH et des autres IST ;
- l'accès aux moyens de dépistage et de réduction des risques.

THESE SOUTENUE PAR STÉPHANIE PFISTER

TITRE

Prise en charge initiale des accidents d'exposition sexuels au VIH : accessibilité et pratiques dans l'arc alpin

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la prise en charge des accidents d'exposition non professionnels d'ordre sexuel (AESex) dans les 3 départements de l'Isère, Savoie et Haute-Savoie. Il s'agit là du premier travail englobant la totalité du territoire de tutelle du Comité Régional de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH) de l'Arc Alpin.

Nous avons mené une enquête semi-quantitative descriptive transversale, à l'aide d'un questionnaire à destination des médecins des structures de soins concernées. Ont été sélectionnées les diverses structures susceptibles de pouvoir être impliquées dans cette prise en charge : les structures d'Urgence, les services d'Infectiologie et apparentés (médecine polyvalente), et les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). L'ensemble des structures publiques, privées participant au service public hospitalier (PSPH) et privées a été sélectionné.

Une réponse a été obtenue pour 43 des 51 structures sollicitées. Vingt-neuf structures (18 services d'Urgences, 9 services de Médecine et 2 CDAG), réparties dans 18 agglomérations, étaient impliquées dans la prise en charge des accidents d'exposition sexuels et quatorze (2 services d'Urgences, 7 services de Médecine et 5 CDAG) ne l'étaient pas.

Parmi les structures impliquées, un accueil en urgence des victimes d'AESex était possible 24h/24 dans toutes les agglomérations, à l'exception de Rumilly en Haute-Savoie, soit dans 17 agglomérations. Cet accueil 24h/24 était exclusivement permis grâce à la prise en charge au sein des services d'Urgences des structures publiques.

Des kits d'urgence de prophylaxie post-exposition étaient disponibles dans tous les services d'Urgences (n=18) des 3 départements. Ces kits pouvaient être délivrés 24h/24 et pour une durée minimale de 48 heures. La seule exception était le service d'Urgences de Rumilly, où les kits pouvaient être dispensés uniquement en journée 7 jours sur 7.

L'offre de soins en journée en semaine se trouvait augmentée par la prise en charge directe dans 6 services d'Infectiologie ou de Médecine (Annemasse, Sallanches, Annecy, Chambéry, Bourgoin-Jallieu et le service d'Infectiologie du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble) et un CDAG (Annemasse).

Les difficultés principales mises en évidence par cette enquête étaient d'une part liées aux filières de suivi, sur le plan de leur organisation théorique et pratique, et d'autre part liées au peu de formation des professionnels des services d'Urgences alors qu'ils sont en première ligne de la prise en charge. Enfin, l'existence inconstante de protocoles spécifiques de prise en charge, associée au déficit de formation, peut également être un frein à une prise en charge optimale.

Parmi les 14 structures non impliquées dans la prise en charge des accidents d'exposition sexuels, 6 ont exprimé leur souhait d'être impliquées, dont 3 CDAG extrahospitaliers, un service de Médecine, le service d'Urgences et l'unité mobile d'Infectiologie de la Clinique Mutualiste à Grenoble.

Les résultats de cette étude pourront être utilisés par le COREVIH de l'Arc Alpin pour dégager des axes de travail afin de poursuivre l'amélioration de la prise en charge des accidents d'exposition sexuels dans la région.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 14 . 11 . 2014

LE DOYEN

J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR P. MORAND

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut de Veille Sanitaire. Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST, 1er décembre 2013 [Internet]. 2013 Dec [cited 2014 Jun 25]. Available from: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites>
2. Base de données VIH - Institut de Veille Sanitaire [Internet]. Available from: http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/bdd_vih/index.htm
3. Spira AI, Marx PA, Patterson BK, Mahoney J, Koup RA, Wolinsky SM, et al. Cellular targets of infection and route of viral dissemination after an intravaginal inoculation of simian immunodeficiency virus into rhesus macaques. *J Exp Med*. 1996 Jan 1;183(1):215–25.
4. Hu J, Gardner MB, Miller CJ. Simian immunodeficiency virus rapidly penetrates the cervicovaginal mucosa after intravaginal inoculation and infects intraepithelial dendritic cells. *J Virol*. 2000 Jul;74(13):6087–95.
5. Tsai CC, Emau P, Follis KE, Beck TW, Benveniste RE, Bischofberger N, et al. Effectiveness of postinoculation (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIV_{mac} infection depends critically on timing of initiation and duration of treatment. *J Virol*. 1998 May;72(5):4265–73.
6. Otten RA, Smith DK, Adams DR, Pullium JK, Jackson E, Kim CN, et al. Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2). *J Virol*. 2000 Oct;74(20):9771–5.
7. Le Grand R, Vaslin B, Larghero J, Neidez O, Thiebot H, Sellier P, et al. Post-exposure prophylaxis with highly active antiretroviral therapy could not protect macaques from infection with SIV/HIV chimera. *AIDS Lond Engl*. 2000 Aug;14(12):1864–6.
8. Rey D. Post-exposure prophylaxis for HIV infection. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2011 Apr;9(4):431–42.

9. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al. A Case–Control Study of HIV Seroconversion in Health Care Workers after Percutaneous Exposure. *Morb Mortal Wkly Rep MMWR*. 1995;44:929–33.
10. Bryant J. Non-occupational postexposure prophylaxis for HIV: a systematic review. *Health Technol Assess* [Internet]. 2009 [cited 2014 May 28];13(14). Available from: <http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/volume-13/issue-14>
11. Lot F, Larsen C, Herida M. Prophylaxie post-exposition au VIH : évaluation nationale et étude coût-efficacité. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance, 1996-2005. Institut de veille sanitaire; 2007. 114 p.
12. Lot F, Abiteboul D, InVS. Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé. Situation au 31 décembre 2009.
13. Tissot F, Erard V, Dang T, Cavassini M. Nonoccupational HIV post-exposure prophylaxis: a 10-year retrospective analysis: Ten years of nPEP in a Swiss setting. *HIV Med*. 2010 Oct;11(9):584–92.
14. Krotoff J. 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. 2011 Oct [cited 2014 May 28]; Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00637897>
15. Note d'information DGS/DH/DRT n° 81 du 25 septembre 1995 relative aux mesures de prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les professionnels de santé et la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique.
16. Circulaire DGS/DH n°97/560 du 12 Août 1997 relative au dispositif transitoire de prise en charge des personnes signalant des accidents de prévention avec exposition au risque de transmission du VIH par voie sexuelle ou partage de seringue [Internet]. 1997. pagin. 4 p. Available from: http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=notice_display&id=4525

17. Circulaire n° DGS/DH/DRT/DSS/98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.
18. Circulaire interministérielle N°DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
19. Yeni P., Ministère de la santé et des sports. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH - Rapport 2010 - Recommandations du groupe d'experts. Paris: DILA - Direction de l'information légale et administrative : La documentation française; 2010. 416 p.
20. Morlat P., Ministère des affaires sociales et de la santé. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH Rapport 2013: recommandations du groupe d'experts. Paris: DILA - Direction de l'information légale et administrative : La documentation française; 2013. 480 p.
21. 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.
22. Circulaire N°DHOS/DGS/2005/561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des coordinations régionales de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine.
23. Commission EPP, Pugliese P. Référentiel EPP AES [Internet]. Société Française de Lutte contre le SIDA; [cited 2014 May 28]. Available from: http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/DPC/Referentiels-criteres/referentiels_epp_aes.pdf
24. Deze F. Accidents d'exposition à risque de transmission virale non professionnels et Traitement Post-Exposition Etat des lieux auprès des services d'Urgence bretons. COREVIH de Bretagne; 2009.
25. Sida Info Service. Traitement post-exposition au VIH. Synthèse des appels et échanges sur le forum Sida Info Service 2010 [Internet]. 2011 Nov. Available from: <http://www.sida-info-service.org/?Traitements-post-exposition-au-VIH>

26. Du Mont J, Macdonald S, Myhr T, Loutfy MR. Sustainability of an HIV PEP Program for Sexual Assault Survivors: “Lessons Learned” from Health Care Providers. *Open AIDS J.* 2011;5:102–12.
27. Fisher M, Benn P, Evans B, Pozniak A, Jones M, Maclean S, et al. UK Guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. *Int J STD AIDS.* 2006 Feb;17(2):81–92.
28. Arkell P, Abouyannis M, Manavi K. Can emergency departments fulfil BASHH recommendations for 24-hour access to HIV postexposure prophylaxis following sexual exposure? *Int J STD AIDS.* 2012 Jan;23(1):75–6.

ANNEXES

▪ Annexe 1 – Questionnaire

Prise en charge initiale des Accidents d'Exposition Sexuels : état des lieux au niveau de l'arc Alpin

AESex= Accident d'Exposition Sexuel

TPE= Traitement Post-Exposition du VIH

Service concerné (centre hospitalier et type de service)

Si vous êtes un service d'urgence, précisez si vous êtes :

- SAU UPATOU autres

Si vous êtes un service de médecine, précisez la spécialité :

Votre service est-il impliqué dans la prise en charge des AESex ?

- Oui
 Non

Si non,

- 1) Pourquoi ?

- 2) Souhaiteriez-vous pouvoir les prendre en charge ?

- 3) Vers quel service ou établissement orientez-vous les sujets exposés?

Si oui,

- 1) Quelles sont les périodes où vous pouvez accueillir les AESex :
 - le jour
 - la nuit (18h à 8h)
 - le week-end

- 2) Comment les sujets exposés prennent-ils contact avec votre service pour débiter un TPE ?
 - Accueil direct dans votre service
 - Accueil téléphonique
 - Autre, précisez :

- 3) Pensez-vous les prendre en charge rapidement (moins de 2h après avoir été contacté)?
 - oui
 - non Si non, pourquoi ?

- 4) Pensez-vous que votre service dispense une écoute adaptée et assure le respect de la confidentialité des sujets exposés ?
 - oui
 - non

5) Existe-t-il un protocole de prélèvement et de traitement des AESex dans votre service ?

Oui

Non

Si oui, ce protocole est-il régulièrement présenté à votre équipe (médicale, paramédicale)?

6) Pouvez-vous réaliser en urgence des sérologies au sujet source lorsque celui-ci est présent ?

Oui, analyse en laboratoire

Oui, TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique)

Non

7) Concernant le sujet exposé, si le risque est avéré, quelles sérologies réalisez-vous initialement ?

VIH

HBV

HCV

Syphilis

Aucune

8) Pour les sérologies initiales que vous réalisez (sujet source ou exposé) comment le rendu des résultats est-il géré ?

Réponse libre :

9) Si vous doutez de l'indication du TPE, pouvez-vous demander un avis en urgence 24H/24 ?

Oui 24h/24

Oui, de jour, en semaine

Non

Mon service est le service référent

Si oui, qui est votre référent ?

10) Votre service dispose-t-il d'un TPE à fournir au sujet exposé (« kit » pour les 1ères prises) ?

➤ Si oui

a) Quelle est la disponibilité de ce « kit » ?

- Immédiate sur place 24h/24
- avec un délai (pharmacie, etc..) 24h/24
- disponible uniquement le jour, sans délai
- disponible uniquement le jour, avec un délai

b) De quels anti-retro-viraux votre « kit » est composé ?

c) Durée du traitement que vous pouvez fournir au patient :

- première prise
- 24h
- 48h
- 72h
- plus longtemps, précisez :

d) Si vous n'êtes pas un service d'infectieux, par qui la réévaluation du traitement est-elle effectuée ?

- le médecin qui a vu le sujet exposé initialement
- le médecin référent du service pour le TPE
- le médecin référent VIH de votre établissement
- orientation vers un autre établissement
- orientation vers un CDAG
- un médecin de mon service
- pas d'orientation spécifique
- autre, précisez :

e) Comment est assuré le financement du TPE ainsi dispensé ?

- pharmacie de l'établissement
- autres, à préciser :
- ne sait pas

➤ si non (pas de kit mis à disposition des patients),

a) Pour quelles raisons?

b) S'il y a une indication de TPE, à qui adressez-vous le sujet exposé?

11) Prenez-vous également en charge le risque lié à l'exposition à l'HBV (sérovaccination des sujets non immuns) ?

Oui

Non

12) Une filière de suivi après sérologies et/ou administration du TPE est-elle clairement établie ?

Oui

Non

13) Existe-t-il un relevé systématique des AESex dans votre service (codage, cahier de service) ?

Oui

Non

14) A combien de consultations mensuelles évaluez vous cette activité dans votre service ?

15) Votre service a-t-il bénéficié d'une formation spécifique sur la prise en charge des AESex ?

Oui

Non

Mon service est le service formateur local

Si non, en souhaiteriez-vous une ?

16) Pensez-vous que votre service est au point sur cette prise en charge ?

Oui

Non

17) Quelles difficultés rencontre votre équipe lors de la prise en charge des AESex ?

- Votre équipe ne se sent pas à l'aise pour aborder le sujet
- Votre équipe ne se sent pas concernée par le TPE
- Votre équipe exprime une difficulté à reconnaître l'indication du TPE
- Défaut de suivi ultérieur
- Problème de référent
- Autre, à préciser :

■ Annexe 2 - Liste des structures sollicitées

* Savoie

CH de Chambéry
Service d'Urgences
Service d'Infectiologie et Espace de santé publique

CH d'Aix-les-Bains
Service d'Urgences
CDAG

Clinique Médipôle de Savoie
Service d'Urgences

CH de Bourg-Saint-Maurice
Service d'Urgences
Service de Médecine

CH de Saint-Jean-de-Maurienne
Service d'Urgences
Service de Médecine
CIDDIST

CH Albertville-Moûtiers
Site d'Albertville
Service d'Urgences
Service de Médecine

Site de Moûtiers
Service d'Urgences
Service de Médecine

CDAG Albertville

* Haute-Savoie

CH Annecy-Genevois
Site d'Annecy
Service d'Urgences
Service des Maladies Infectieuses
CDAG

Site de Saint-Julien-en-Genevois
Service d'Urgences
Service d'Infectiologie

CH de Rumilly
Service d'Urgences

Hôpitaux du Pays du Mont Blanc (Sallanches)
Service d'Urgences
Service de Médecine Interne Infectiologie

Hôpitaux du Léman (Thonon-les-Bains)

Services d'Urgences
Service de Pneumologie et Infectiologie
CDAG
CH Alpes-Léman (Annemasse – Contamines sur Arves)
Service d'Urgences
Service d'Infectiologie
CDAG Annemasse

* Isère

CH Pierre-Oudot (Bourgoin-Jallieu)
Service d'Urgences
Service de Médecine
CDAG De Bourgoin-Jallieu
CH de La Mure
Service d'Urgences
Service de Médecine
CH de Voiron
Service d'Urgences
Service d'Infectiologie
CH Yves Touraine (Pont-de-Beauvoisin)
Service d'Urgences
Service de Médecine
CH de Vienne
Service d'Urgences
Hôpital de jour de Médecine
CDAG de Vienne
CHU Henri Michallon (Grenoble)
Service d'Urgences
Service d'Infectiologie
CDAG de Grenoble
CH de Saint-Marcellin
Centre de consultations non programmées
Clinique Mutualiste (Grenoble)
Service d'Urgences
Unité d'Infectiologie Mobile
Clinique des Cèdres (Echirolles)
Service d'Urgences
Clinique Saint-Charles (Roussillon)

▪ **Annexe 3 – Liste des structures ayant répondu et répartition en agglomérations**

* Savoie

- Agglomération de Chambéry
 - CH de Chambéry
 - Service d'Urgences
 - Service d'Infectiologie et Espace de santé publique
- Agglomération d'Aix-les-Bains
 - CH d'Aix-les-Bains
 - Service d'Urgences
 - CDAG
- Agglomération de Bourg-Saint-Maurice
 - CH de Bourg-Saint-Maurice
 - Service d'Urgences
 - Service de Médecine
- Agglomération de Saint-Jean-de-Maurienne
 - CH de Saint-Jean-de-Maurienne
 - Service d'Urgences
 - Service de Médecine
- Agglomération d'Albertville
 - CH d'Albertville
 - Service d'Urgences
 - Service de Médecine
 - CDAG Albertville
- Agglomération de Moûtiers
 - CH de Moûtiers
 - Service d'Urgences
 - Service de Médecine

* Haute-Savoie

- Agglomération d'Annecy
 - CH d'Annecy
 - Service d'Urgences
 - Service des Maladies Infectieuses
 - CDAG
- Agglomération de Saint-Julien-en-Genevois
 - CH de Saint-Julien-en-Genevois
 - Service d'Urgences
 - Service d'Infectiologie

Agglomération de Rumilly
CH de Rumilly
Service d'Urgences

Agglomération de Sallanches
Hôpitaux du Pays du Mont Blanc
Service d'Urgences
Service de Médecine Interne Infectiologie

Agglomération de Thonon-les-Bains
Hôpitaux du Léman
Services d'Urgences
Service de Pneumologie et Infectiologie

Agglomération d'Annemasse
CH Alpes-Léman
Service d'Urgences
Service d'Infectiologie
CDAG Annemasse

* Isère

Agglomération de Bourgoin-Jallieu
CH Pierre-Oudot
Service d'Urgences
Service de Médecine
CDAG De Bourgoin-Jallieu

Agglomération de La Mure
CH de La Mure
Service d'Urgences
Service de Médecine

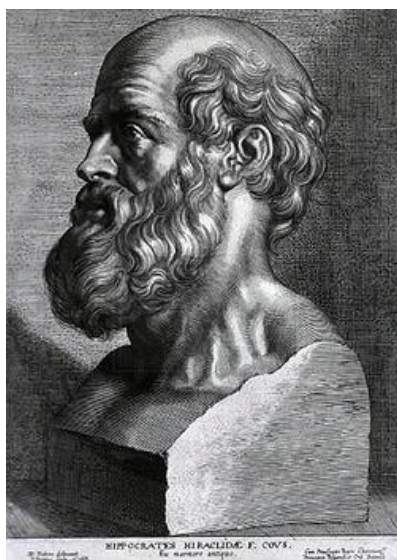
Agglomération de Voiron
CH de Voiron
Service d'Urgences
Service d'Infectiologie

Agglomération de Pont-de-Beauvoisin
CH Yves Touraine
Service d'Urgences

Agglomération de Vienne
CH de Vienne
Service d'Urgences
Hôpital de jour de Médecine
CDAG de Vienne

Agglomération de Grenoble
CHU Henri Michallon (Grenoble)
Service d'Urgences
Service d'Infectiologie
CDAG de Grenoble

Clinique Mutualiste (Grenoble)
Service d'Urgences
Unité d'Infectiologie Mobile
Agglomération de Saint-Marcellin
CH de Saint-Marcellin
Centre de consultations non programmées



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 donnerais 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.

RÉSUMÉ

Introduction. On estime l'incidence du virus de l'immunodéficience humaine à 15 contaminations pour 100 000 habitants par an en France, majoritairement par voie sexuelle. L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la prise en charge des accidents d'exposition sexuels (AESex) en Isère, Savoie et Haute-Savoie.

Matériel et méthodes. Nous avons mené une enquête semi-quantitative descriptive, par questionnaire destiné aux médecins des structures d'Urgences, des services d'Infectiologie et apparentés (médecine polyvalente), et des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

Résultats. Les réponses de 43 structures ont été obtenues sur les 51 sollicitées, réparties dans 18 agglomérations. Il y avait 29 structures impliquées dans la prise en charge des AESex. Dans 17 agglomérations un accueil en urgence des victimes d'AESex était possible 24h/24, exclusivement dans les services d'Urgences publiques. Des kits d'urgence de prophylaxie post-exposition étaient disponibles dans les 18 services d'Urgences, 24h/24 (à une exception) et pour 48 heures au minimum. L'offre de soins en journée en semaine était augmentée par la prise en charge directe dans 6 services médicaux et 1 CDAG. Il y avait 14 structures non impliquées, parmi lesquelles 6 ont exprimé leur souhait d'être impliquées. Les difficultés principales concernaient les filières de suivi, le peu de formation des professionnels des services d'Urgences et l'existence inconstante de protocoles spécifiques de prise en charge.

Discussion. Les résultats de cette étude pourront être utilisés pour dégager des axes de travail afin de poursuivre l'amélioration de la prise en charge des AESex dans la région.