



HAL
open science

Expositions sexuelles aux risques viraux prises en charge au CH de Cayenne : étude rétrospective 2015-2016

David Perat

► To cite this version:

David Perat. Expositions sexuelles aux risques viraux prises en charge au CH de Cayenne : étude rétrospective 2015-2016. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01921538

HAL Id: dumas-01921538

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01921538v1>

Submitted on 13 Jan 2020

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.

Expositions sexuelles aux risques viraux prises en charge au CH de Cayenne :

- étude rétrospective 2015-2016 -

THESE DE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine des Antilles et
examinée par les enseignants de la dite Faculté

le lundi 19 mars 2018 - Saint Joseph,
à Cayenne

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

M. PERAT David

Examineurs de la thèse :

Pr NACHER Mathieu (président du jury)

Pr COUPPIE Pierre

Pr DJOSSOU Félix

Dr HUBER Florence (directrice)

Dr VAZ Tania

Remerciements

Dieu premier aimé, premier servi : merci Seigneur pour Ta présence dans ma vie, et toutes les merveilles que Tu y accomplis. Puisse-je ne jamais oublier que c'est Toi que j'ai décidé et choisi de servir dans les malades et les souffrants !

Maman Marie, je t'aime! A ton service,

S^tJoseph, S^tLuc, S^t Côme et Damien, S^t Roque et tous les Saints de Dieu : je me confie à votre protection et votre conseil,

A Marie, ma bien-aimée, toi qui m'a choisis pour la vie, et qui illumine chacune de mes journées ici-bas : infiniment merci ! En avant pour la suite, dans la Joie et la Confiance !

A Louis, notre premier-fils, grâce du Très-Haut: je t'aime et je suis fier de toi,

A tous les enfants qu'il plaira à Dieu de nous confier, je vous aime déjà,

A Geneviève & Xavier, mes parents chéris, pour tout l'amour dont vous m'avez toujours comblé,

A Lucie, Sylvain, et Marie, mes sœurs et mon frère, vous qui continuez de faire ce que je suis aujourd'hui,

A fr. Thomas, avec qui j'ai assisté à mes premières consultations de pvVIH. Merci pour le GREM.

Père Simon, Fr Martin, Soeur Marie-Laure, Angel, et tous les autres,

A tous mes maîtres, qui m'on transmis une part de leur savoir et de leur dévouement,

A Florence, que je remercie de m'avoir confié ce travail, et pour tout le reste,

A Leila, par qui tout a commencé, par cette rencontre autour de la banette des AES !

Enfin, à tous les patients rencontrés jusqu'à présent, pour tout ce que vous m'avez apporté. A tout les malades du pèlerinage de l'hospitalité diocésaine d'Auch.

A tout ceux que j'oublie malheureusement à l'instant où je rédige ces dernières lignes, épuisé : MERCI !

UNIVERSITE DES ANTILLES



***** **

FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

NEVIERE Rémi

Physiologie
CHU de MARTINIQUE

Bruno HOEN

Maladies Infectieuses
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 15 45

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie
CH de CAYENNE
Tel : 0594 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophthalmologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

Rhumatologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 01

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 28

SAINTE-ROSE Christian

Neurochirurgie Pédiatrique
CHU de MARTINIQUE

André CABIE

Maladies Infectieuses
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 01

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale

Cabinet libéral les Abymes

Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

TABUE TEGUO Maturin

Médecine interne: Gériatrie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Narcisse ELENGA

Pédiatrie

CH de CAYENNE

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

BACCINI Véronique

Hématologie, Transfusion

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

MASSE Franck

Médecine Générale

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

DARCHE Louis

Chirurgie Générale et Viscérale

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01

LEFEVRE Benjamin

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE-A-PITRE

Tel : 06 90 51 52 47

VIRNOT Céline

ORL

CHU de POINTE-A-PITRE

BONIFAY Timothée

Médecin Générale

CHU de Cayenne Croix rouge

DURTETTE Charlotte

Médecine Interne

CHU de MARTINIQUE

RENARD Guillaume

Chirurgie Orthopédique

CHU de MARTINIQUE

GUERIN Meggie

Parasitologie et Mycologie

CH de CAYENNE

SYLVESTRE Emmanuelle

Maladies Infectieuses
CHU de MARTINIQUE

POUY Sébastien

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE

DEBBAGH Hassan

Urologie
CHU de MARTINIQUE

HENNO Florent

Anesthésiologie/Réanimation
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

BANCEL Paul

ORL
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

MONFORT Astrid

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE

PARIS Eric

Réanimation
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES

SAJIN Ana Maria

Psychiatrie
CHU de MARTINIQUE

TRAMIER Ambre

Gynécologie Obstétrique
CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES

PIERRE-JUSTIN Aurélie

Neurologie
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES

GALLI-DARCHE Paola

Neurologie
CHU de MARTINIQUE

MOUREAUX Clément

Urologie
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES

CARPIN Jamila

Médecine Générale
Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane

PLACIDE Axiane

Médecine Générale
CHU de MARTINIQUE

NIEMETZKY Florence

Médecine Générale
CH de CAYENNE

BLAIZOT Romain

Dermatologie
CH de CAYENNE

Philippe CABRE

Neurologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 11

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 80

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 96 55 24 24

Régis DUVAUFERRIER

Radiologie et imagerie Médicale
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 84

Annie LANNUZEL

Neurologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Epidémiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 93 50 24

Guillaume THIERY

Réanimation
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE

Parasitologie et Infectiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale
Cabinet libéral au Gosier
Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi

Radiologie et Imagerie
CHU de MARTINIQUE

VENISSAC Nicolas

Chirurgie Thoracique et cardiovasculaire

DJOSSOU Félix

Maladies Infectieuses et tropicales

Professeurs des Universités Associé

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de MARTINIQUE

MERLET Harold

Ophthalmologie
CHU de MARTINIQUE

Table des matières

Remerciements.....	3
Index des figures.....	8
Index des tableaux.....	10
Liste des abréviations.....	11
Liste des abréviations des médicaments anti-rétroviraux.....	12
Introduction.....	1
I. Définitions – généralités.....	1
II. Rationnel du traitement post-exposition dans le cadre des accidents d'exposition sexuelle.....	2
a) TPE après exposition potentielle au VIH.....	2
b) Prophylaxie après exposition potentielle au VHB.....	6
III. Épidémiologie.....	7
a) Généralités.....	7
b) AEV professionnels.....	7
c) AEV sexuels.....	7
IV. Recommandations.....	8
a) Chronologie.....	8
b) Généralités.....	9
c) Restrictions d'indication de TPE.....	9
d) TPE VIH - ARV.....	9
e) Prophylaxie pour le VHB.....	10
f) Organisation.....	11
g) Suivi.....	11
h) AES clic – un outil d'aide à l'évaluation.....	11
V. Particularités de la situation en Guyane française :.....	12
a) Généralités.....	12
b) Épidémie du VIH.....	12
c) Epidémiologie du VHB.....	13
d) VHC.....	17
VI. Organisation du circuit au CH de Cayenne.....	19
VII. Présentation du travail – objectif de l'étude.....	20
Matériel et méthode.....	21

Résultats.....	22
I. Diagramme de flux.....	22
II. Généralités.....	23
III. AEV sexuels - population.....	24
a) répartition temporelle des recours.....	24
b) caractéristiques de la population consultant pour AEV sexuel.....	25
IV. Caractéristiques de l'exposition.....	28
V. Prise en charge.....	30
a) prise en charge initiale (Jo).....	30
b) prise en charge ultérieure.....	33
VI. Suivi.....	34
a) perdus de vue – cascades de soins.....	34
b) Séroconversions.....	36
VII. Agressions sexuelles & cas pédiatriques.....	37
Discussion.....	39
I. Qualité de la prise en charge des AEV sexuels au CH de Cayenne.....	39
a) Une surveillance imparfaite et éclatée.....	39
b) Une tendance à la hausse des recours.....	39
c) Un circuit patient morcelé.....	40
d) Une rétention très faible.....	41
e) Prise en charge : éléments clés.....	41
f) Kit d'ARV d'urgence.....	43
II. Problématiques autres.....	44
a) Un faible usage du préservatif – beaucoup de ruptures.....	44
b) Inégalité de sexe.....	44
c) Accès aux soins des populations immigrés et précaires.....	45
d) Un faible recours des HSH au TPE.....	45
e) La problématique des agressions sexuelles :.....	45
III. Limites et forces de l'étude.....	47
a) Limites.....	47
b) Forces.....	48
IV. Conclusion.....	49
Références bibliographiques.....	50
Annexes.....	58
CNIL – Déclaration normale n°2083142.....	60
Serment d'Hippocrate.....	63
Imprimatur.....	64

Index des figures

Figure 1: Pertes de vue au cours de la prophylaxie post-exposition (12).....	6
Figure 2: mesures de prévention post-exposition - dates clés.....	8
Figure 3: Taux de découverte de séropositivité VIH par région, 2015, par million d'habitant (51).....	12
Figure 4: Nombre de nouvelles infections à VIH (pour 10 ⁴ hab. de 18 à 64 ans).....	13
Figure 5: Nombre de personnes infectées par le VIH non diagnostiquées (pour 10 ⁴ hab. de 18 à 64 ans) (55) (55).....	13
Figure 6: Mortalité annuelle totale de la tuberculose, du VIH, des hépatites et du paludisme 2000-2015. OMS.....	13
Figure 7: Prévalences de l'infection chronique à VHB de part le monde chez les enfants de moins de 5 ans, et chez les 5-49 ans (94).....	14
Figure 8: Prévalence de l'hépatite B, Surinam, évolution dans le temps (59).....	15
Figure 9: Distribution des décès associés aux hépatites virales selon l'agent étiologique. Brésil, 2000 à 2015 (62).....	15
Figure 10: Cas d'hépatites B notifiés (Hbs+ ou anti-Hbc+ ou Hbe +) au Brésil en 2009. D'après « Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais - 2010 » (95).....	16
Figure 11: Prévalence de l'hépatite C au Surinam - évolution dans le temps (59).....	18
Figure 12:Prévalence des Ac anti-HCV au Brésil en 2009.....	18
Figure 13: Diagramme de flux.....	22
Figure 14: Type d'AEV pris en charge.....	23
Figure 15 : Effectif des consultants pour AEV au CH de Cayenne.....	24
Figure 16: Répartition temporelle des consultations, par mois.....	24
Figure 17: Répartition des consultations par jour de la semaine (2015-2016).....	25
Figure 18: Pyramide des âges.....	25
Figure 19: couverture maladie.....	26
Figure 20: couverture maladie, selon le sexe.....	26
Figure 21: contraception (n=97).....	27
Figure 22: délai exposition - consultation initiale.....	28
Figure 23: Traitement anti-rétroviral initial.....	31
Figure 24: Cascade de prise en charge du risque de contamination par le VHB.....	32
Figure 25: Traitement ARV : poursuite et relais.....	33
Figure 26: Cascade de soin globale : AEVs traités et non traités.....	34

Figure 27: Rétention comparée.....	34
Figure 28: Taux de perdu de vue à H48-72, par filière.....	35
Figure 29: Taux de rétention par filière de suivi.....	35
Figure 30: Rétention selon l'âge.....	36
Figure 31: Part des viols par âge et par sexe (2015 et 2016).....	37

Index des tableaux

Tableau 1: Risque de transmission viral chez les professionnels de santé.....	1
Tableau 2: Risque de contamination par le VIH selon le type d'exposition.....	2
Tableau 3: Indication de TPE contre le VIH après exposition sexuelle.....	9
Tableau 4: Indication de TPE contre le VHB après exposition sexuelle.....	10
Tableau 5: Suivi en cas d'AEV sexuel.....	11
Tableau 6: Activité de dépistage - CeGIDD Guyane - 2017.....	17
Tableau 7: Type d'AEV, effectifs détaillés par année.....	23
Tableau 8: Pays de naissance.....	26
Tableau 9: Pays de naissance dans 3 populations.....	26
Tableau 10: Caractéristiques générales : hommes versus femmes.....	27
Tableau 11: Statut de la cible à Jo.....	28
Tableau 12: Caractéristiques de l'exposition : comparaison hommes / femmes.....	29
Tableau 13: Prise en charge initiale selon le service.....	30
Tableau 14: Arrêt prématuré du TPE : causes.....	33
Tableau 15: consultation Jo : lieu.....	34
Tableau 16: Nombre de viols.....	37
Tableau 17: Part des viols par sexe et par âge.....	37
Tableau 18: Proportions de viols chez les femmes, selon le pays de naissance et la couverture maladie.....	38
Tableau 19: Viols : effectifs comparés UMJ / forces de l'ordre (2015-2016).....	38
Tableau 20: Consultations pour AEV en population générale, par classes d'âge.....	38
Tableau 21: données manquantes.....	47

Liste des abréviations

AEV : Accident d'exposition au risque viral

AEVs : Accident d'exposition au risque viral de type sexuel

ARS : Agence Régionale de Santé

ARV : anti rétro-viraux

AS : agression sexuelle

CDPS : Centres Délocalisés de Prévention et de Soins : Service des dispensaires des communes isolées de Guyane, rattaché à l'hôpital de Cayenne.

COREVIH : Comité de coordination régionale de lutte contre le VIH

fig. : figure

GERES : Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants

HDJ-A : hôpital de jour Adultes

HDJ-péd. : hôpital de jour Pédiatrique

HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

Ig : immunoglobulines

II : inhibiteur de l'intégrase rétrovirale

IP : inhibiteur de protéase

IPP : inhibiteur de la pompe à protons

PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant

QALY : de l'anglais quality-adjusted life year, « année de vie pondérée par la qualité »

SAU : service d'accueil des urgences

SFLS : Société Française de Lutte contre le SIDA.

STR : single treatment regimen (trithérapie ARV contenue dans un seul cp)

TME : transmission mère-enfant (aussi « verticale »).

TPE : Traitement Post-Exposition

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UDI : Usage de drogue par voie intra-veineuse

UMIT : Unité des Maladies Infectieuses et tropicales (le service d'infectiologie du CH de Cayenne).

Liste des abréviations des médicaments anti-rétroviraux

3TC : lamivudine

AZT : zidovudine

DRV/r : darunavir/ritonavir

EVG/cobi : elvitégravir/cobicistat

FTC : emtricitabine

RTG : raltégravir

STR : single treatment regimen (trithérapie ARV en un comprimé unique).

TDF : ténofovir disoproxil fumarate

TAF : ténofovir alafénamide fumarate

Introduction

I. Définitions – généralités

Accident d'Exposition au risque Viral (AEV) : toute situation comportant un risque de transmission d'un virus responsable d'infection chronique grave : virus de l'immunodéficience humaine (VIH), virus des hépatites B (VHB) et C (VHC).

On distingue :

- les accidents d'exposition au sang, à un liquide biologique (LCR, sécrétions...) ou contaminé par du sang, survenant le plus souvent chez un professionnel de santé (« occupational exposure » en anglais).
- les accidents d'exposition sexuelle (AEVs)
- les accidents d'exposition survenant chez les usagers de drogues par partage de matériel d'injection (UDI)

Patient source : patient à l'origine des sécrétions potentiellement contaminantes.

Patient cible : patient exposé aux sécrétions potentiellement contaminantes.

Ces trois virus n'ont pas la même contagiosité. En cas d'exposition per-cutanée chez les professionnels de santé par du matériel souillé de patients infectés, les ordres de grandeur du risque de contamination sont respectivement :

Source	Type d'AEV	
	Exposition per-cutanée	Contact muqueux ou peau lésée
VIH	0,32 % (IC 95 = 0,18 – 0,45)	0,04 % (IC 95 = 0,006-0,18)
VHB (Ag HBs +)	Ag Hbe- : 2-10 % Ag Hbe+ : 10-40 %	Non quantifié
VHC	0,5-3 % si PCR VHC +	Non quantifié

Tableau 1: Risque de transmission viral chez les professionnels de santé.
D'après le POPI 2012 (1); publication originale de Bell D.M. (2)

Le risque de contamination varie selon l'inoculum et donc selon la charge virale du patient source, ainsi que le type d'exposition.

C'est ainsi qu'ont pu être estimés les ordres de grandeur suivants pour le VIH :

Type of Exposure	Risk per 10,000 Exposures
Parenteral	
Blood Transfusion	9,250
Needle-Sharing During Injection Drug Use	63
Percutaneous (Needle-Stick)	23
Sexual	
Receptive Anal Intercourse	138
Insertive Anal Intercourse	11
Receptive Penile-Vaginal Intercourse	8
Insertive Penile-Vaginal Intercourse	4
Receptive Oral Intercourse	Low
Insertive Oral Intercourse	Low
Other[^]	
Biting	Negligible
Spitting	Negligible
Throwing Body Fluids (Including Semen or Saliva)	Negligible
Sharing Sex Toys	Negligible

* Factors that may increase the risk of HIV transmission include sexually transmitted diseases, acute and late-stage HIV infection, and high viral load. Factors that may decrease the risk include condom use, male circumcision, antiretroviral treatment, and pre-exposure prophylaxis. None of these factors are accounted for in the estimates presented in the table.
[^] HIV transmission through these exposure routes is technically possible but unlikely and not well documented.

Source:

- Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Et al. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS. 2014. doi: 10.1097/QAD.0000000000000298.
- Pretty LA, Anderson GS, Sweet DJ. Human bites and the risk of human immunodeficiency virus transmission. Am J Forensic Med Pathol 1999;20(3):232-239.

Tableau 2: Risque de contamination par le VIH selon le type d'exposition.
 CDC, décembre 2015 (92) d'après Patel et al. (93)

La prise en charge des AEV s'inscrit dans une démarche de prophylaxie, après exposition à une source potentiellement infectée. Elle comprend la vaccination anti-VHB ± immunoglobulines spécifiques anti-VHB, et TPE par ARV pour le VIH. Il n'existe pas de TPE prévenant une contamination par le VHC.

Potentiellement, ces situations exposent aussi au risque d'autres IST : syphilis, infections à gonocoque, Chlamydiae trachomatis. Celles-ci sont curables, ne posent pas les mêmes problématiques et ne relèvent pas de recommandations de prophylaxie post-exposition dans les recommandations françaises en vigueur.

II. Rationnel du traitement post-exposition dans le cadre des accidents d'exposition sexuelle

a) TPE après exposition potentielle au VIH

La prophylaxie ou le traitement post-exposition (TPE) est un des volets de la prévention de la transmission du VIH, virus s'acquérant par voie verticale (transmission de la mère vers l'enfant), sexuelle et sanguine (intra-veineuse lors de partage de matériel pour usage de drogue intra-veineuse ; ou percutanée chez les professionnels de santé). Elle consiste en l'administration en urgence d'antirétroviraux après une exposition à risque, et ce pour une durée de 4 semaines, puis d'un suivi à moyen terme pour documenter une éventuelle séroconversion ultérieure.

a.1) Modèles animaux

Divers modèles primates de TPE soutiennent l'idée d'une possible efficacité pour prévenir l'infection par le VIH après exposition à risque.

Ainsi le ténofovir a montré son efficacité pour prévenir la transmission du VIH-2, inoculé par voie vaginale chez des femelles macaques (2).

Toujours chez le macaque, le ténofovir a prévenu la contamination par le SIV inoculé par voie IV quand il était initié à 4, 24 ou 48h (4); en revanche en cas de traitement initié à 72H plusieurs échecs sont apparus ; de même, en cas de durée de TPE réduite à 10 jours, 50 % des primates ont séroconverti ; et 100 % de ceux traités durant 3 jours seulement (5).

a.2) Prévention de la transmission verticale

En 1994, un essai thérapeutique a démontré un effet préventif de la zidovudine sur la transmission verticale du VIH : réduction relative du risque de 67,5% (IC95 = 40,7 – 82,1). L'administration a été faite en 3 temps : ante-partum (prise orale pluriquotidienne d'AZT par la mère jusqu'à l'accouchement); per-partum (perfusion d'AZT du début du travail jusqu'à la délivrance); post-partum (zidovudine pour le nouveau-né) (6). Depuis, la prévention de la transmission materno-foetale a été étayée par de multiples essais cliniques (7) avec élargissement à des protocoles de multi-thérapies ARV, plus efficaces et solidement ancrés dans les pratiques (8).

a.3) AEV professionnels

En 1997, la publication définitive des résultats d'une étude cas-témoin a montré qu'une prophylaxie post-exposition par monothérapie de zidovudine initiée précocement et poursuivie 28 jours, permettait une réduction du risque de contamination par le VIH d'environ 80 %, chez des professionnels de santé ayant subi une exposition per-cutanée au sang de patients séropositifs (9). S'en est rapidement suivie l'émission des premières recommandations de TPE pour les professionnels de santé exposés (10). Aucun essai clinique comparant TPE versus placebo n'a été mené dans cette situation, et ne le sera probablement jamais pour des raisons éthiques. Bien qu'actuellement recommandés, les régimes en bi ou tri-thérapie n'ont pas été évalués spécifiquement (11) et il n'y a à notre connaissance aucune étude validant une plus grande efficacité d'une tri-thérapie, versus bithérapie, en intention de traiter (il apparaît plus d'effets indésirables entraînant des arrêts de traitements lors des trithérapies (12)).

a.4) Extension aux AEV sexuels par extrapolation

Dans les années 2000, plusieurs pays ont proposé, par extrapolation de ces résultats, le recours au TPE pour les autres types d'AEV (13) (14) : viols, partage de matériel d'usage de drogue par voie intra-veineuse (UDI), exposition sexuelle mal ou non protégée. Les protocoles sont restés calqués sur 28 jours de traitement, comme dans les études princeps validant l'AZT en prévention de la transmission mère-enfant (6) et chez les professionnels de santé (9) Aucune étude ultérieure n'a validé de traitement plus court.

a.5) Données de la littérature pour les expositions non professionnelles

Généralités

L'efficacité du TPE en situation d'exposition non professionnelle a été peu évaluée. Il ne paraît pas éthiquement acceptable de conduire des essais thérapeutiques TPE versus placebo dans cette situation. Néanmoins le TPE a été intégré dans les recommandations et les pratiques cliniques.

Une étude observationnelle dans une cohorte de patients à haut-risque

Une étude observationnelle (2004) conduite dans une cohorte d'HSB brésiliens ayant des pratiques à haut-risque de contamination par le VIH a comparé TPE versus absence de TPE en cas d'exposition sexuelle (15) : un kit de 4 jours de zidovudine a été remis à un groupe de 200 HSB, avec pour consigne de débiter spontanément le TPE le plus tôt possible dans les 48h suivant une exposition jugée à risque par eux-même (avant même de se rendre à la première consultation médicale). Le protocole prévoyait de comparer l'incidence des contaminations par le VIH entre 2 groupes non randomisés mais auto-déterminés : sujets ayant débuté un TPE, et sujets n'ayant pas eu recours au TPE.

Après un suivi médian de 24 mois, un TPE avait été débuté 109 fois chez 68 participants (34%), alors que 86 (43%) avaient déclaré une exposition à risque sans avoir initié la prophylaxie ; 46 ont dénié toute prise de risque. Sur les 11 séroconversions, une seule a eu lieu dans le groupe TPE (échec clair du traitement bien suivi) et 10 dans le groupe pas-de-TPE. La réduction relative du risque calculable était donc de 87,36 %. Mais ne s'agissant pas d'un essai randomisé contrôlé versus placebo, ce calcul n'a, à juste titre, pas été pratiqué par les auteurs.

L'incidence totale a été calculée à 2,9 pour 100-personne-années (IC 95 = 1,4 – 5,1) sur l'ensemble de la population de l'étude ; contre 3,1 pour 100-personne-années pour l'incidence attendue (soit 11,8 séroconversions) ($P > 0,97$).

Le TPE a été mené à terme dans 89 % des cas, malgré des effets indésirables rapportés dans 82% des cas.

Les auteurs ont conclu au faible intérêt de la mise en place de ce programme dans son ensemble ; ceci du fait d'un faible recours spontané à la TPE. Ce qui ne remet pas en cause l'efficacité pharmacologique du TPE pour autant. Par ailleurs, les auteurs n'ont pas observé d'augmentation des conduites à risque avec la mise à disposition du TPE.

Quelques données pour les victimes de viols

Une autre étude observationnelle brésilienne a évalué l'effet du TPE chez des femmes victimes de viols. Parmi les 180 femmes traitées par 28j de TPE (soit AZT+3TC soit AZT+3TC+IDV/r) aucune n'a séroconverti. Parmi les 145 non traitées, 4 (2.7%) sont devenues séropositives (13). *[résultats rapportés dans les recommandations CDC de 2005 (13)]*

Efficacité

Il n'a plus été documenté de contamination professionnelle par le VIH en France depuis 2005 avec un système de surveillance national géré par l'InVS (désormais Santé publique France).

Néanmoins, l'efficacité n'est pas absolue :

- en cas d'exposition professionnelle : dans l'étude cas-témoin princeps, la réduction du risque n'a été que de 80 % avec mono-thérapie de zidovudine (9/256 professionnels devenus séropositifs malgré TPE bien conduit) (9); des cas de séroconversion ont été décrit malgré TPE en trithérapies bien conduits, notamment en cas d'exposition à des gros inoculum viraux (piqûres profondes, avec matériel souillé, patients sources à charge virale élevée...) (16), (17)

- en cas d'exposition sexuelle (18)

- en cas d'expositions autres : transfusion, agression avec une seringue contenant du sang, injection accidentelle lors de procédures en médecine nucléaire (19)

Coût/efficacité

Le rapport coût/efficacité du TPE reste controversé : il est généralement considéré efficace pour les expositions à haut-risque (20). Quoiqu'il en soit, ce type d'étude médico-économique est dépendant du système de santé en place et donc du pays concerné.

Une étude conduite en France (2006) a estimé le coût moyen global (incluant coût des consultations, examens de laboratoire) d'un mois de TPE à 988 € / patient ; 6 812 personnes ont bénéficié d'un TPE dans le cadre d'une exposition sexuelle, dont 37 % d'HSH ; globalement, ce programme ne s'est pas avéré coût-efficace (rapport coût-efficacité de 88 692 € par QALY épargné, alors qu'un rapport de moins de 50 000 € est considéré comme coût-efficace). Cependant, le TPE a été jugé coût-efficace dans le cas de rapports anaux réceptifs avec partenaire séropositif, partage de seringues avec un usager de drogues infecté, piqûre profonde chez un professionnel de santé avec du matériel utilisé chez un patient infecté, ou homme ayant un rapport anal réceptif avec un partenaire de statut VIH inconnu. Les auteurs ont estimé le programme français de TPE moins coût-efficace que le programme de San Francisco (où 81 % des bénéficiaires sont des HSH) ou que le programme français de dépistage du cancer du sein (21).

Une étude australienne menée sur une cohorte de 1 601 personnes éligibles à un TPE (93 % d'expositions sexuelles) a conclu que le TPE n'était pas coût efficace de manière globale, mais l'était en restreignant la prescription aux rapports anaux réceptifs non protégés avec un partenaire infecté par le VIH (22).

Régime d'ARV

Il n'y a pas d'essai randomisé comparant mono-thérapie de zidovudine versus multi-thérapie ARV dans le cadre des AEV. Cependant, le succès des trithérapies pour contrôler la réplication virale chez les patients infectés conduit à utiliser les mêmes régimes chez les victimes d'AEV (11).

Adhérence :

Il ressort de la littérature que l'adhérence au TPE est généralement médiocre.

Ainsi la méta-analyse de Ford et al. (2014) a cherché à compiler entre autres les données d'adhérence et de complétude de TPE (12). Il en ressort que :

- 65.6% des patients ont poursuivi jusqu'au 28^e jour le TPE

- les arrêts pour effets indésirables ont été plus fréquents en cas de trithérapie (9,1 %, versus 1,9% en cas de bithérapie)
- le TPE proposé a été refusé dans 14% des cas
- après délivrance du kit initial d'urgence, 28,0% des patients ne sont pas revenus en consultation récupérer la suite du traitement
- parmi tous les patients ayant complété le TPE, 30,6% ne sont pas revenus en consultation de suivi par la suite
- sur les 8007 patients ayant achevé le traitement de 28j, 37 séroconversions ont été rapportées (tous pour des AEV sexuels), dont 3 seulement ont été considérées comme des échecs du TPE

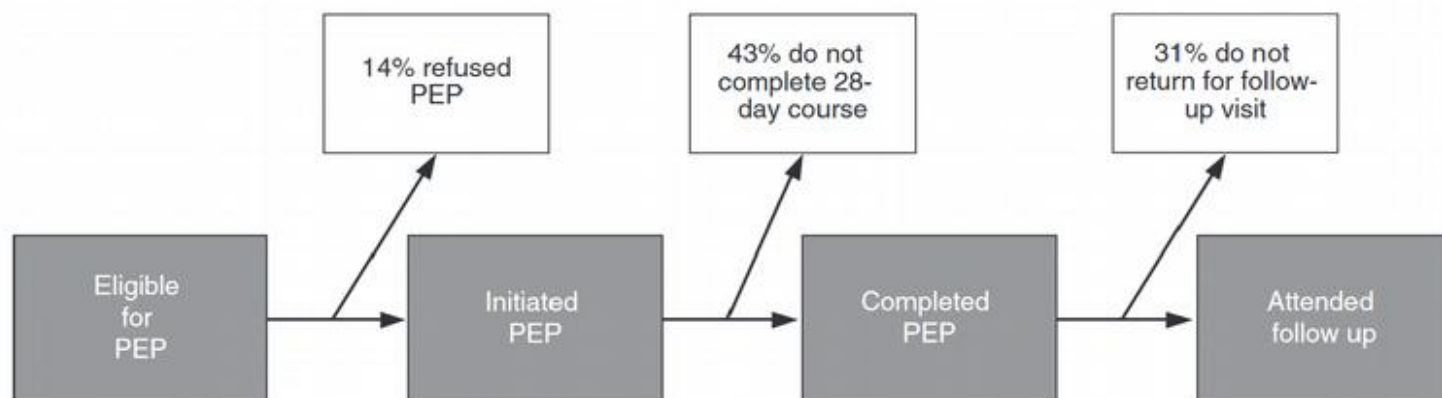


Figure 1: Pertes de vue au cours de la prophylaxie post-exposition (12)

L'adhérence au TPE semble décevante. Cependant, au moins 3 études supportent l'idée qu'un accompagnement peut améliorer cette adhésion (23) (24) (25): édition de brochures dédiées, interventions téléphoniques de counseling par des infirmières spécialement formées, support téléphonique durant le temps du traitement, calendrier d'adhérence...

b) Prophylaxie après exposition potentielle au VHB

La prévention post-exposition de la transmission du VHB n'a pas été directement documentée en cas d'exposition sexuelle.

En revanche, l'efficacité a été solidement démontrée :

- en cas de risque de transmission materno-foetale (26) avec réduction des complications à long-terme (effondrement de la prévalence du carcinome hépatocellulaire à Taïwan de 9,8 % en 1984 avant vaccination à 1,3 % en 1994 après la généralisation de la vaccination de masse (27))
- en cas d'exposition per-cutanée chez les professionnels de santé (28)
- chez les insuffisants rénaux dialysés (29).

Elle consiste en l'association de la vaccination à initier en urgence (à compléter par la suite) et d'une immunisation passive par injection d'immunoglobulines humaines anti-antigène HBs. L'indication est posée en cas de patient cible non immunisé, et de source porteuse de l'antigène HBs ou de statut inconnu et appartenant à un groupe à prévalence élevée.

Rappelons qu'en France, la vaccination contre le VHB est obligatoire pour tous les professionnels de santé depuis 1991 (30) (31); en cas d'AEV chez un professionnel, le praticien est tenu de s'enquérir du taux d'Ac anti-HBs dernièrement connu, sinon la réalisation d'un dosage en urgence suffit généralement à retenir ou non l'indication d'immunoglobulines ou de vaccin anti-VHB.

III. Epidémiologie

a) Généralités

En ce qui concerne la surveillance épidémiologique des AEV, le rapport Morlat recommande en France que localement, ce soit les COREVIH qui organisent la mise en place et l'évaluation du dispositif de prévention et de prise en charge des AEV (32).

b) AEV professionnels

Au niveau national, le système de surveillance volontaire des contaminations professionnelles (par les médecins du travail) est organisé, et coordonné par l'InVS. On sait ainsi que le nombre d'AEV survenant chez le personnel de santé régresse depuis 2004 (33). Aucune contamination professionnelle par le VIH n'a été déclarée depuis 2005 (au 30 juin 2012, 14 séroconversions VIH étaient documentées et 35 infections VIH étaient présumées, depuis 1991). Pour le VHC, aucune contamination n'est recensée depuis 2008 (70 séroconversions documentées depuis 1997). Et concernant le VHB, alors que la couverture vaccinale n'est pas parfaite parmi les professionnels de santé malgré son caractère obligatoire (estimée en 2009 à 92%) (34), aucune séroconversion n'a été observée depuis 2005, date de la mise en place de cette surveillance (35) (36).

c) AEV sexuels

On dispose de beaucoup moins de données concernant les AEV sexuels, pour lesquels il n'existe plus de surveillance nationale, depuis que l'InVS l'a stoppée (37, chapitre 16 - p.302).

Une étude a analysé les données retrouvées dans les rapports d'activités des différents COREVIH : 9 920 AEV ont été recensés (13 /24 rapports d'activité) dont 5 409 (55%) analysables : 44% d'AES professionnels et 55% d'AEVs et autres ; 31% de mises sous TPE : 8% seulement pour les AES professionnels et 77% pour les AEVs ; le type de TPE est donné dans 16,7% des cas ; aucune séroconversion n'a été notifiée (38).

Une collaboration entre les COREVIH île de France Nord et Ouest et le GERES a permis la conduite d'une étude-pilote auprès d'établissements parisiens. Il en est ressorti que seuls 6/10 SAU étaient en mesure de donner le nombre d'AEV vus, et 1 seul était en mesure de donner le pourcentage de TPE. Si la majorité des services référents pour le VIH fournissaient le nombre d'AEV vus en consultation, seuls 8/13 pouvaient fournir les données concernant le suivi. La prise en charge des AEV représentait une activité non négligeable (2700 cas pris en charge sur ces 2 Corevih). Les situations d'exposition à risque sexuelles représentaient la moitié des expositions à risque avec un taux de prescription TPE élevé (proche de 90%), mais un suivi à 4 mois très faible (15%) (39)

IV. œRecommandations

a) Chronologie

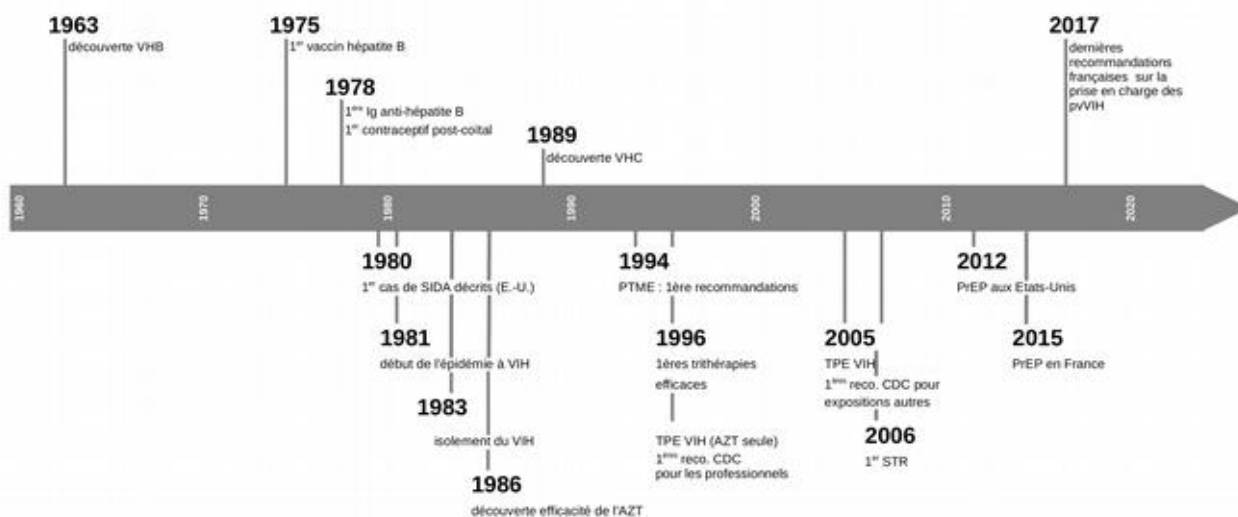


Figure 2: mesures de prévention post-exposition - dates clés

Les premières recommandations ont été faites par le CDC américain en 1990 pour les professionnels de santé exposés dans le cadre de leur activité : elles étaient axées sur le risque lié au VHB, et en l'absence d'arguments suffisamment étayés, ne recommandaient pas l'usage d'AZT en TPE au VIH (40). En 1994, la publication de résultats intermédiaires d'un essai clinique chez des femmes enceintes séropositives a conduit à l'élaboration des premières recommandations d'usage de zidovudine dans le cadre de la PTME (41). Suite à la publication des premiers résultats de l'étude cas-témoin princeps (42) le CDC a ré-émis des recommandations en direction des professionnels de santé, d'abord provisoirement en 1996 (14), puis de manière consolidée en 1998 (10). L'extension aux AEV non professionnels ne datant outre-atlantique que de 2005 (43).

Les premières recommandations françaises concernant la mise en œuvre du TPE pour les professionnels de santé datent de 1995 (44). C'est en 1998 qu'elles ont été étendues aux autres types d'AEV (45). Elles ont été réactualisées en 2003 (46). Depuis 2013, comme pour les autres aspects de la prise en charge médicale des patients affectés par le VIH, c'est le groupe d'expert dirigé par le Pr Morlat qui édicte les recommandations nationales pour les AEV.

L'OMS recommande l'usage du TPE depuis 2007 (47). La dernière mise à jour date de 2013-2014 (48).

Les dernières recommandations françaises en vigueur, applicables en Guyane, sont inscrites dans la révision 2017 du rapport Morlat. Elles ont été présentées à la session 2017 du congrès annuel de la SFLS, et remplacent celles de 2013.

b) Généralités

Les COREVIH ont toujours la charge d'organiser et d'évaluer les circuits de prise en charge.

La délivrance des kits d'urgence (starter kits) doit être étendue aux CeGIDD afin d'élargir l'offre de soins et l'efficacité du circuit.

Le délai au-delà duquel une TPE anti-VIH ne doit plus être initié est maintenu à 48h. A noter que l'OMS, en particulier pour les victimes d'agressions sexuelles, fixe la barre à 72h.

Le risque de grossesse fait également partie de l'évaluation.

En revanche, une prophylaxie des infections à gonocoque, à Chlamydiae trachomatis ou de la syphilis n'est pas recommandée.

c) Restrictions d'indication de TPE

Désormais un TPE n'est plus recommandé en cas d'AES sexuel dans 3 situations où l'indication était à retenir auparavant :

- fellation réceptive avec cible séropositive et charge virale **non** contrôlée (CV > 50 cp/mL)
- sodomie réceptive avec patient source séropositif contrôlé (CV < 50 cp/mL)
- fellation réceptive sans éjaculation avec partenaire de statut inconnu appartenant à un groupe à prévalence élevée, dont fait partie la Guyane.

d) TPE VIH - ARV

Il ne doit pas être instauré quand le délai depuis l'exposition dépasse 48h.

Récemment, le comité d'expert s'est positionné pour le choix préférentiel du STR associant TDF/FTC/RPV (EVIPLERA®), pour sa simplicité, son coût modéré et sa tolérance (à condition de veiller à le prendre avec des aliments et à ne pas associer d'IPP). En 2^e ligne, vient un autre STR (EVG/cobi/TDF/FTC – STRIBILD®) à base d'inhibiteur de l'intégrase (II) ou une combinaison TDF/FTC avec le raltégravir (autre II) ou bien la darunavir, un inhibiteur de protéase.

Tableau 3: Indication de TPE contre le VIH après exposition sexuelle

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source			
	Positif		Inconnu	
	CV détectable	CV < 50 copies/ml *	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible ou inconnue
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non 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 réceptive avec éjaculation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non 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 régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra 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 : HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, ou personne originaire de région à prévalence du VIH >1 % (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), ou usager de drogue injectable.

d'après Rapport Morlat 2017

L'utilisation d'une trithérapie à base d'AZT/3TC n'est actuellement préconisée qu'en cas d'atteinte de la fonction rénale préexistante. Enfin, le génotypage HLAB57*01, indispensable avant toute prise d'abacavir (ABC), exclut le recours à ce dernier dans cette situation d'urgence thérapeutique (49).

La durée du traitement est fixée à 4 semaines, à débiter le plus tôt possible après l'exposition : le délai au-delà duquel un traitement serait inutile n'est pas connu, mais il est estimé, par extrapolation, à 48 heures.

e) Prophylaxie pour le VHB

Le risque de transmission du VHB, sanguin ou sexuel, est nettement plus élevé que celui du VIH. Il convient donc de proposer largement une injection d'immunoglobulines spécifiques et/ou une vaccination VHB de la personne exposée non vaccinée et/ou non immunisée :

- la vaccination anti-VHB doit être débutée au mieux dans les 72 heures suivant l'exposition, éventuellement jusqu'à J7 ; elle comporte une première injection IM (dans le deltoïde) d'une dose de 20 µg de vaccin, complétée par deux injections de 20 µg à M1 et M6 ;

- les immunoglobulines (Ig) spécifiques doivent être administrées dans les 72 heures suivant l'exposition, par voie IM, à la posologie de 500 UI. Leur délivrance est exclusivement hospitalière. La survenue possible de réactions d'hypersensibilité, même si elle est rare, nécessite une surveillance après l'injection.

L'association d'immunoglobulines et du vaccin a une efficacité préventive contre le VHB, supérieure à celle du vaccin seul (26).

Tableau 4: Indication de TPE contre le VHB après exposition sexuelle

Sujet exposé	Statut VHB (Ag HBs) personne source	
	Positif	Inconnu
Vacciné répondeur (Anti HBs > 10 mUI/ml ou > 100 mUI/ml dans les antécédents)	rien	rien
Vacciné non répondeur (Anti HBs < 10 mUI/ml sans anti-HBc ni notion d'anti HBs > 100 mUI/ml dans le passé)	Immunoglobulines*	rien**
Non vacciné	Immunoglobulines* + vaccin	vaccin**

* L'administration d'immunoglobulines n'est pas nécessaire si absence de virémie VHB (ADN VHB indétectable) chez la personne source et utilisation de ténofovir en TPE

** L'administration d'immunoglobulines est légitime en l'absence d'utilisation de ténofovir en TPE et si la personne source est originaire d'un pays de haute (Afrique sub-saharienne, Asie) ou moyenne (Outre-mer, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud) endémicité pour le VHB et/ou usager de drogues par voie intraveineuse et/ou HSH et/ou avec partenaires multiples

d'après rapport Morlat 2017

f) Organisation

Le dispositif de prise en charge des AES repose toujours sur les SAU afin d'assurer une prise en charge initiale 24h/24 ; une extension à d'autres structures est souhaitable. La consultation initiale en urgence a pour but d'évaluer le risque, en tenant compte du délai, et au mieux en déterminant le statut sérologique viral des patients cibles et surtout source (d'où l'intérêt des TROD permettant une réponse plus rapide en présence de la source), et selon de délivrer les TPE nécessaires.

Le patient doit ensuite être orienté vers une consultation spécialisée pour réévaluation de l'indication, de la tolérance clinique et biologique, et planification du suivi.

La SFLS a édité un [référentiel](#) d'évaluation des pratiques professionnelles en matière de circuit AEV : présenté sous forme de grille, il propose une liste d'indicateurs de performance pour évaluer la qualité du circuit (50).

g) Suivi

Le suivi clinico-biologique a été allégé (suppression des évaluations de J30 et M2) et harmonisé : mêmes repères chronologiques pour les AEV professionnels et sexuels, entre AEV traités et non traités (cf annexe 2).

Tableau 5: Suivi en cas d'AEV sexuel

J 1-4	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie syphilis - Sérologie VHC - Anti-HBs (si vacciné et titre Ac inconnu) ou Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (si non-vacciné) - ALAT - créatinine, test de grossesse (si indication de TPE) - PCR chlamydia et gonocoque*
S2	- ALAT, créatinine (si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie)
S 6	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH (si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable) - Sérologie syphilis - PCR chlamydia et gonocoque* - ALAT et ARN VHC (chez HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source)
S 12	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH si TPE - Sérologie VHC (chez HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source) - Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu)

* Indications : femme < 25 ans, homme < 30 ans, ou HSH ou sujet symptomatique.

Modalités : un à trois sites de prélèvements selon circonstances (NB : absence de remboursement en juin 2017 du test gonocoque)
d'après Rapport Morlat 2017

h) AES clic – un outil d'aide à l'évaluation

Un outil interactif en ligne a été développé en collaboration entre le Département de Médecine Générale de Paris Diderot et le Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants (GERES). L'objectif de l'algorithme est de répondre aux questions sur la conduite à tenir devant un accident d'exposition au sang par les différents acteurs de santé susceptibles de rencontrer cette situation. Il est disponible à l'adresse suivante :

<http://aesclif.fr>

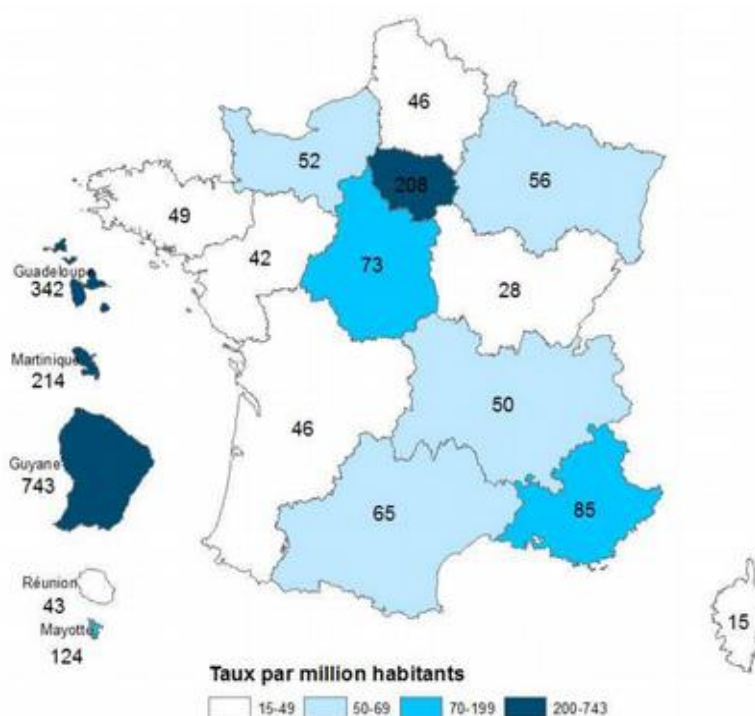
V. Particularités de la situation en Guyane française :

a) Généralités

La Guyane se situe en Amérique du Sud à 8000 km de la métropole française. Elle est frontalière du Surinam par le fleuve Maroni à l'ouest et de l'état brésilien de l'Amapa par le fleuve Oyapock à l'Ouest. C'est une ancienne colonie pénitentiaire. Elle fait aujourd'hui partie des départements français d'Amérique. La Guyane est un territoire français atypique : à la fois vitrine de la technologie européenne de pointe avec la base de lancement aérospatiale de Kourou (Ariane Space et Soyouz) ; et marquée par un retard de développement et une précarité importante. La croissance démographique, très dynamique, est sous-tendue par la conjonction d'une forte natalité et d'une immigration conséquente en provenance de la zone Caraïbe (Suriname, Guyana, Haïti) et du Brésil.

b) Épidémie du VIH

La Guyane est le territoire français le plus affecté par le VIH, la situation locale étant qualifiée d'épidémie généralisée selon les critères de l'OMS (51). La prévalence globale y est 8 fois plus élevée que sur l'ensemble du territoire français (52) ; le taux de séropositivité chez les femmes enceintes oscille autour de 1 % (77 / 6 821 grossesses soit 1,13 % pour 2015) (53); 3 diagnostics de TMF ont été enregistrés ces 3 dernières années (1 en 2013 et 2 en 2015) (54).



L'épidémie y est dynamique : l'incidence estimée en 2009 était de 147 pour 10^5 (comparé à 39 en Île-de-France et 11 pour le reste de la métropole) (52); le taux de nouvelles découvertes de séropositivité en 2015 était de 743 / 10^6 (contre 208 en Île-de-France et 89 pour le reste de la métropole) (51); 70 % des cas ont été diagnostiqués depuis 2003. Concernant l'incidence estimée et la prévalence des cas non diagnostiqués, la Guyane avait des taux plus de 11 fois plus élevés que ceux au niveau national : respectivement 20,8 pour 10^4 pour l'incidence du VIH et 73,4 pour 10^4 pour la prévalence du VIH non diagnostiqué (figures 4 et 5) (55).

Les données de transmission diffèrent de l'hexagone : elles concernent essentiellement des patients hétérosexuels (seulement 4 % de contaminations homosexuelles), majoritairement des femmes (59%), et une part très importante de migrants (près de 80% - en 2015, la moitié des personnes découvrant leur séropositivité étant née à Haïti) (52).

Figure 4: Nombre de nouvelles infections à VIH (pour 10⁴ hab. de 18 à 64 ans)

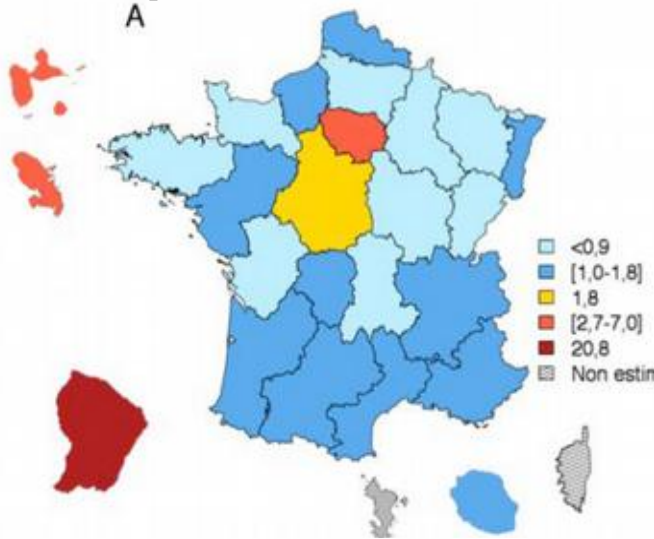
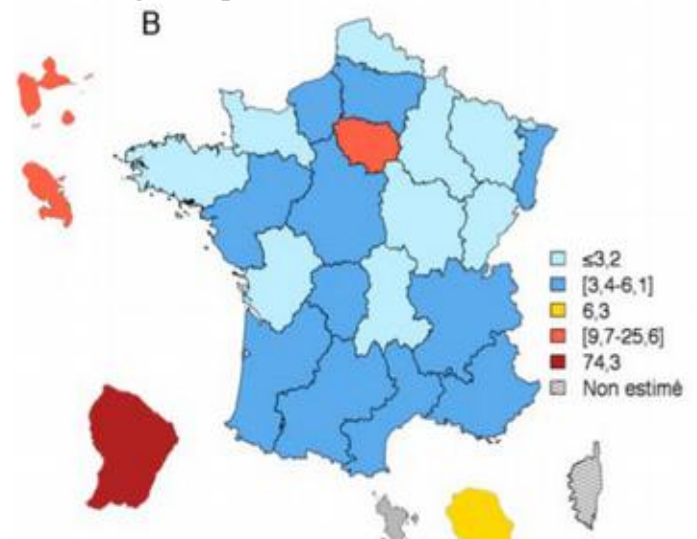


Figure 5: Nombre de personnes infectées par le VIH non diagnostiquées (pour 10⁴ hab. de 18 à 64 ans)



source : Morlat 2017 (55)

c) Épidémiologie du VHB

Avec 1,34 millions de décès attribuables au niveau mondial en 2015, on considère désormais que les hépatites virales (B et C à 96%) sont responsables de davantage de décès que le VIH ou le paludisme. En outre, la mortalité liées aux hépatites virales tend à augmenter, contrairement à celle liée au VIH, au paludisme, et à la tuberculose (56).

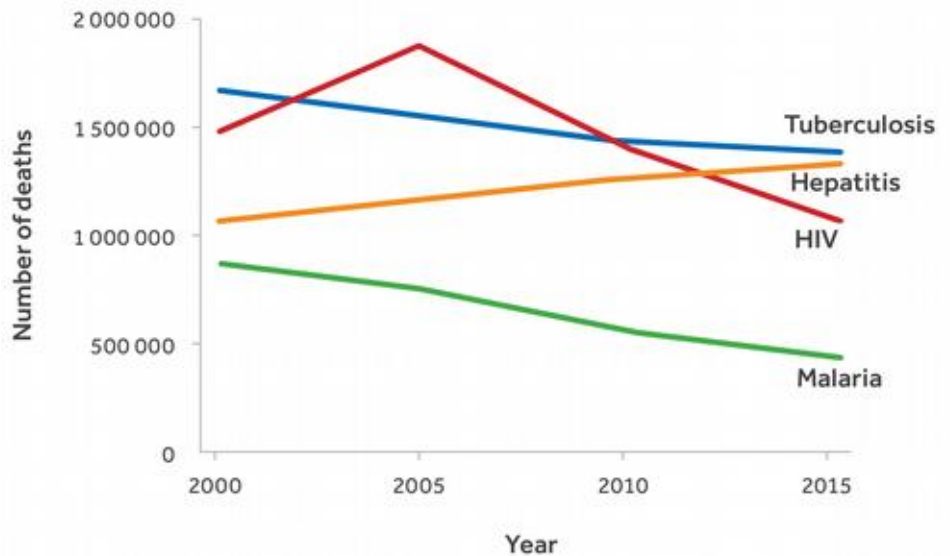


Figure 6: Mortalité annuelle totale de la tuberculose, du VIH, des hépatites et du paludisme | 2000-2015. OMS.

Il y a peu de données publiées sur l'épidémiologie des hépatites en Guyane et dans les pays limitrophes. Ainsi le projet de recherche transfrontalier MaHeVI sera mené des deux côtés du fleuve Maroni en collaboration avec le Suriname : l'objectif principal est de déterminer la prévalence pour des hépatites B, C, D (chez les patients VHB positifs) et du VIH dans la population générale adulte du bassin du fleuve Maroni (57).

c.1) Amérique du Sud :

L'Amérique latine tropicale (région OMS dont fait partie le Brésil) a connu une forte baisse de prévalence de l'AgHBs entre 1990 et 2005, passant de région de prévalence intermédiaire à faible. Chez les garçons de 0 à 9 ans, la prévalence dépassait 5 % en 1990 mais n'est plus que de 1,6 % en 2005. En région Caraïbes (dont la Guyane, le Guyana et le Suriname font parties), les taux sont relativement constant dans le temps et de niveau intermédiaire (58).

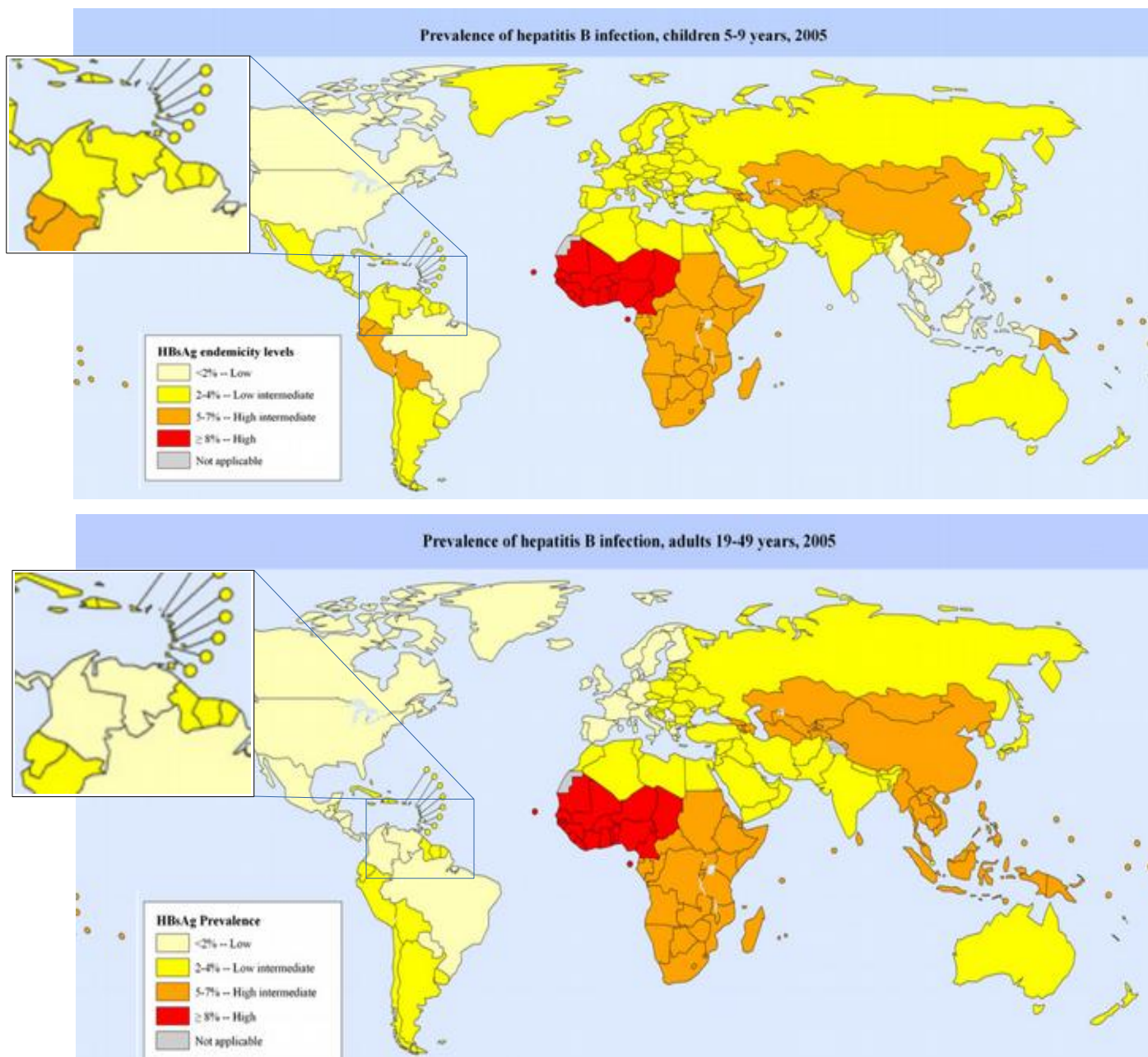


Figure 7: Prévalences de l'infection chronique à VHB de part le monde chez les enfants de moins de 5 ans, et chez les 5-49 ans (94)

c.2) Suriname

Au Suriname il y a peu de données récentes. Une publication de 1977 retrouvait 33 % de portage de l'AgHBs chez les donneurs de sang masculins.

La prévalence du portage de l'Ag HBs en 2000-2001 était estimée à 2,9% chez les donneurs de sang (59); et en 2012 et 2013 à 2,6% de manière globale, avec d'importantes disparités communautaires : 6,5% pour les Javanais, 0,5% pour les personnes originaires d'Inde, 3,5% pour les Créoles et 4,8% pour les Bushinenge (60). La prévalence du portage de l'Ag HBs chez les Amérindiens n'est pas connue. Toutefois, d'autres études dans la région du bassin Amazonien suggèrent un taux de prévalence élevé chez les personnes d'asendance amérindienne.

La couverture vaccinale complète (3 doses) a été estimée en 2015 chez les 12-23 mois à 86% (61).

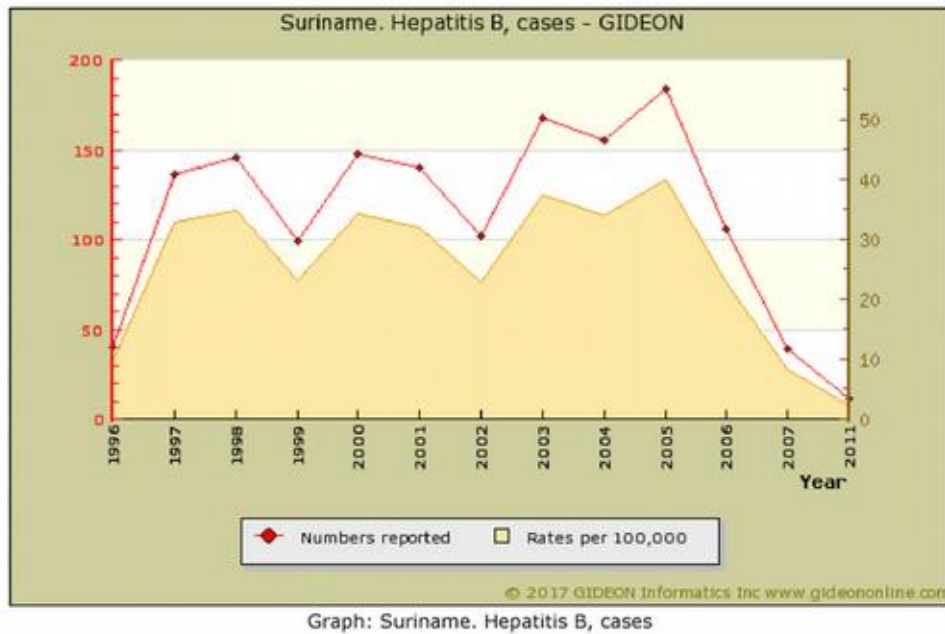


Figure 8: Prévalence de l'hépatite B, Surinam, évolution dans le temps (59)

c.3) Brésil

Pour l'année 2016, l'incidence des cas d'hépatites B (définis comme la positivité de l'Ag HBs ou de l'Ac anti-HBc) notifiés au système de santé était de 6,9 / 100 000 habitants pour l'ensemble du territoire ; 10,6 pour la région du Norte ; dont 3,1 pour l'état de Para et 4,2 pour celui d'Amapa (62). Le mode de contamination était : sexuel à 53,6 %, intra-familiale à 7,5 %, vertical à 7,1 %, transfusionnel à 4,6 %, par UDI à 4,2 %.

Les données publiées de prévalence de portage de l'Ag HBs seul datent de 2010 (63):

	Brésil total	Région du Norte
anti-HBc	7,4% (IC95 : 6,8% - 8,0%)	10,9% (IC95 : 8,87% - 12,9%)
Ag HBs	0,37% (IC95 : 0,25% - 0,50%)	0,63% (IC95 : 0,22% - 1,04%)

Pour ce qui est des prévalences des hépatites chroniques B et C au Brésil, en 2008, elles ont été estimées respectivement à 370 et 959 pour 10⁵ habitants. Concernant l'hépatite B chronique, la région du Norte est celle ayant la prévalence la plus élevée : 630 / 10⁵habitants (64).

Les données de couverture vaccinale en 2006, à prendre avec précaution car probablement surestimées (65), font état de 95,37 % de couverture vaccinale complète (3 doses reçues) pour l'ensemble du territoire ; et 91,69 % pour le Norte (66).

Au Brésil, la mortalité liée au VHC dépasse celle du VHB (fig. 7).

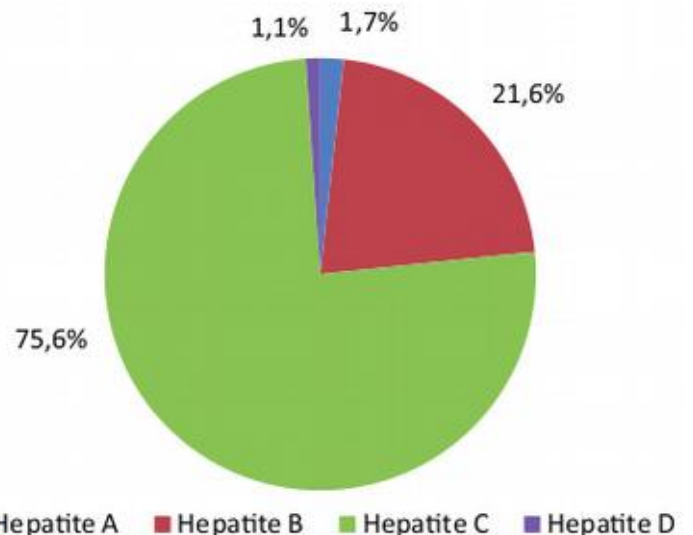


Figure 9: Distribution des décès associés aux hépatites virales selon l'agent étiologique. Brésil, 2000 à 2015 (62)

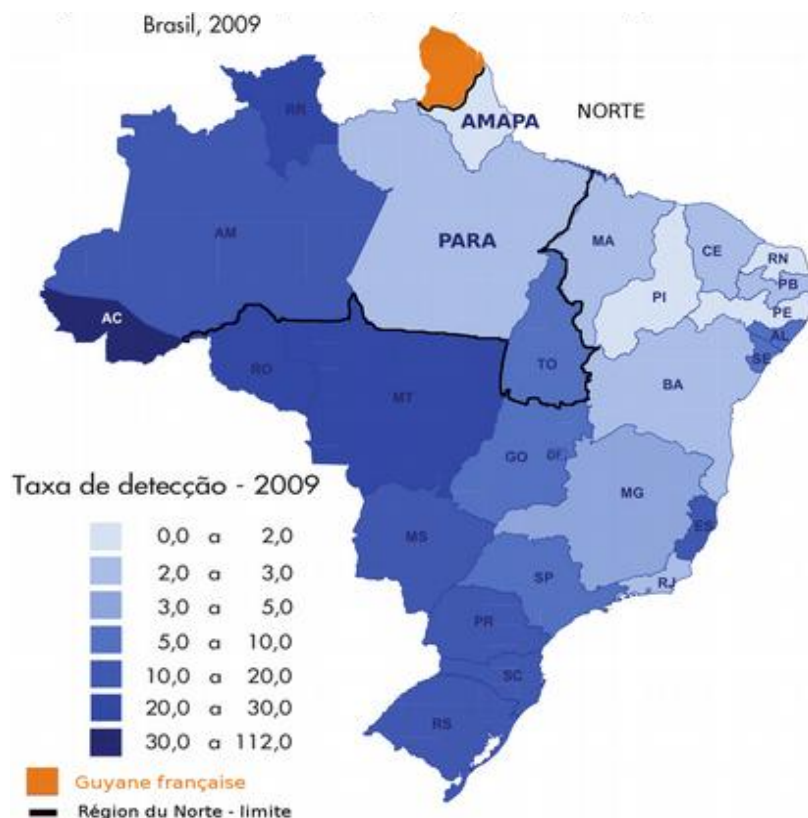


Figure 10: Cas d'hépatites B notifiés (Hbs+ ou anti-Hbc+ ou Hbe +) au Brésil en 2009. D'après « Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais - 2010 » (95)

c.4) Guyane française

Données obstétricales

Pour le département de la Guyane, on dispose de données de prévalence du portage de l'antigène HBs chez les parturientes :

- à Saint-Laurent du Maroni : en 2009 et 2012 : 2,1 % et 2,7% (67).

- à Cayenne : en 2007 : 1,5% (IC95 : 1,1-2,1) ; on notait notamment une forte disparité inter-ethnique (: 11% pour les femmes asiatiques (Hmong ou Chinoises), 2,1% pour les Bushinenge (Noirs Marrons), 2,5% pour les Haïtiennes, 1,1% pour les Créoles, 0,7% pour les Amérindiennes, 0,2% pour les Brésiliennes et 0% pour les caucasiennes (68). [NB : les données de pays/région de naissance de la mère dans cette études étaient issues du registre d'issue de grossesse, qui a l'autorisation de la CNIL pour collecter ces données].

En milieu carcéral

Une étude a évalué la situation au centre pénitentiaire de Guyane à Montjoly : sur la période 1999-2004, la prévalence moyenne de portage de l'Ag HBs chez les nouveaux incarcérés ayant bénéficié du dépistage était de 6 %; près de la moitié des détenus (47 %) avait eu un contact avec le VHB avant l'incarcération (Ac anti-HBc positif) (69).

Couverture vaccinale

En 2000, une enquête de couverture vaccinale chez les enfants nés à partir de 1998, avait mis en évidence une couverture vaccinale anti-VHB à 24 mois de 57% ± 6,6% dans la zone littorale, et comprise entre 10% et 20% dans les zones de l'intérieur (70).

Depuis, cette proportion semble avoir nettement progressé : dans une étude ayant

inclus 90 % des établissements scolaire du département (mais n'en ayant inclus que 62 % des élèves, par défaut de présentation du carnet de santé), 75,8 % (IC 95 : 75,2-76,4) des enfants étaient correctement vaccinés par au moins 3 doses. La couverture vaccinale était devenue plus importante dans les zones de l'intérieur (82,7% et 84,3% sur le Maroni et l'Oyapock) versus 78,8% sur le littoral, soit une notable inversion de tendance (71).

Données de laboratoire :

En 2006, sur l'ensemble des sérologies hépatites B réalisées par l'Institut Pasteur de la Guyane, les anticorps anti-HBc sont revenus positifs pour 24,6 % d'entre elles. Sur la même population, le taux de portage de l'Ag HBs était lui de 1,8 % (72). L'enquête LaboHép 2013 a estimé en population générale à 101 / 10⁵ hab. le nombre de sérologies de dépistage AgHBs+ en Guyane (contre 48 en France métropolitaine) faisant de la Guyane la 3ème région la plus affectée après l'île de France et Mayotte (57). Le taux de positivité des tests de dépistage réalisés en CDAG en Guyane entre 2013 et 2015 était de 2,28 % pour l'AgHBs.

Données CeGIDD :

Les statistiques 2017 [provisoires et partielles] de l'activité de dépistage des hépatites virales du CeGIDD de Guyane, géré par la Croix-Rouge, sont reportées dans le tableau ci-contre.

Tableau 6: Activité de dépistage - CeGIDD Guyane – 2017 [partiel]

	Ag Hbs		VHC	
	+	sur	+	sur
CPS* Cayenne	48	1980	9	1920
CPS* Saint-Laurent
CODA **	42	1380	11	1374
équipe mobile	5	201	0	174
total	95	3561	20	3468
taux de positivité	2,67 %		0,58 %	

* centre de prévention santé

** consultation d'orientation des demandeurs d'asile

c.5) France métropolitaine :

A titre de comparaison, en métropole en 2004, la prévalence des Ac anti-HBc a été estimée à 7,3 % (IC 95 : 6,5-8,2) en population générale. La prévalence du portage de l'Ag HBs a été estimée à 0,65 % (IC 95 : 0,45-0,93) (73). L'incidence de l'hépatite B aiguë a été elle estimée en 2013 à 0,44 (IC95 : 0,39-0,50) pour 10⁵ habitants (74); à noter dans cette étude : 97 % des personnes incluses n'avaient reçu aucune dose de vaccin et 0,5 % un schéma complet de 3 doses.

d) **VHC**

Les données disponibles pour le VHC en Guyane sont rares. La prévalence globale de positivité aux Ac anti-VHC en Guyane sur la période 1992-1996 était de 1,5% (IC95 : 0,7 à 2,2) avec des disparités communautaires : 4,7% pour les Brésiliens, 2,2% pour les Européens, 1,5% pour les Haïtiens, 1,1% pour les Créoles, 0,6% pour les Bushinenge, et 0% pour les Amérindiens, Chinois et Hmongs (75) . Des données plus récentes indiquent une prévalence de 0,2 à 0,5% chez les femmes enceintes dans l'Ouest Guyanais en 2009 et 2012 (67).

A titre de comparaison en métropole, l'InVS a estimé en 2011 la prévalence des anticorps anti-VHC en population générale à 0,75% (IC 95 : 0,62-0,92) soit environ 344 500 personnes et celle des infections chroniques à 0,42% (IC 95 : 0,33-0,53) (74).

Les données récentes du Suriname estimaient (sur la base d'une étude d'un mois au service des urgences du CH de Paramaribo) la prévalence globale à 1% pour l'hépatite C, 4,1 % chez les Javanais, et 0,6% chez les Créoles et 0,7% chez les personnes d'origine Indienne (76). En 2000-2001, 0,1% des donneurs de sang avaient été positifs pour ces anti-corps (59).

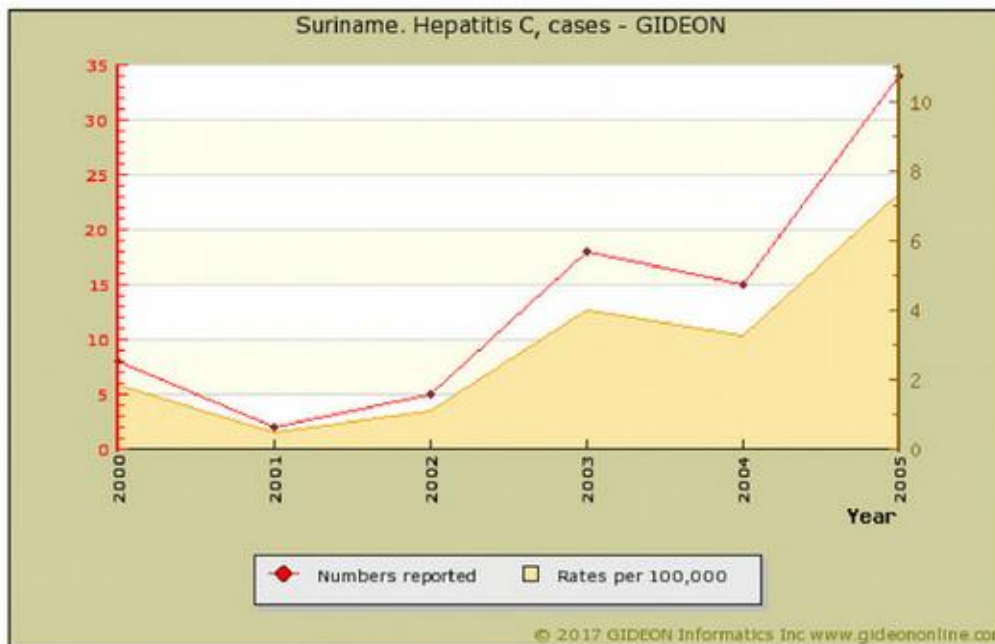


Figure 11: Prévalence de l'hépatite C au Surinam - évolution dans le temps (59)

Quant au Brésil, la prévalence des anti-corps anti-VHC y était en 2017 de 1,38% (IC95 : 1,12% - 1,64%) ; pour la region du Norte : 2,102% (IC 95 : 1,409 – 2,96) (63)

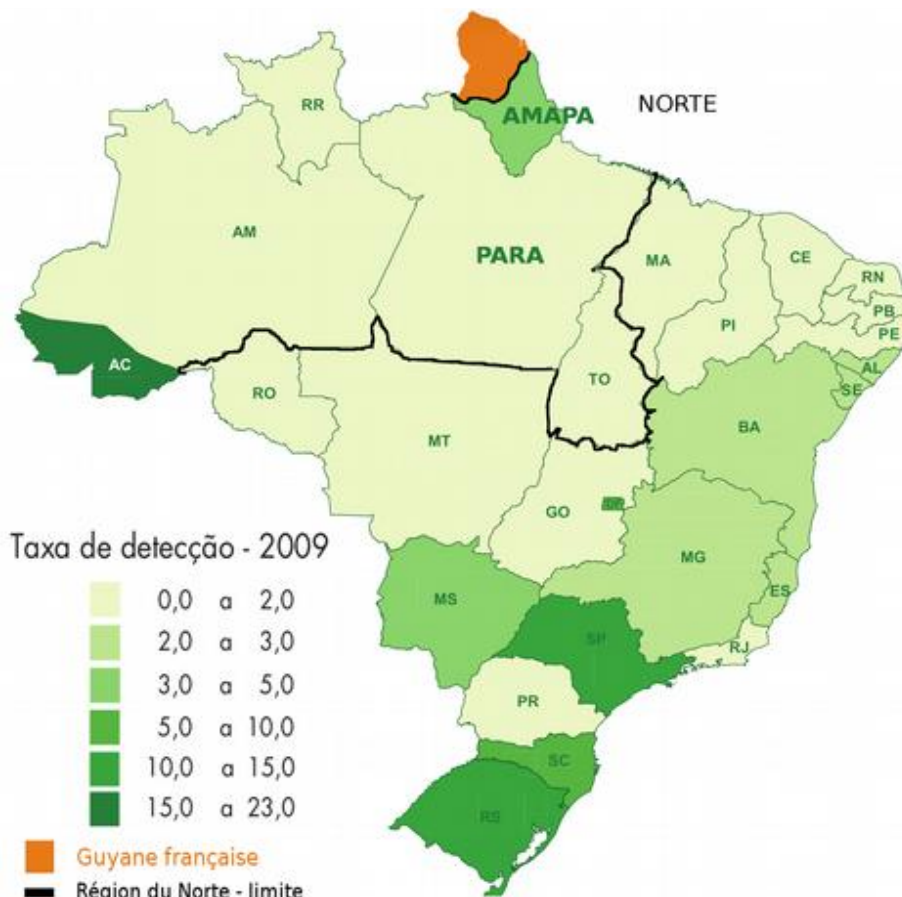


Figure 12: Prévalence des Ac anti-HCV au Brésil en 2009.

D'après « Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais - 2010 » (95)

VI. Organisation du circuit au CH de Cayenne

A Cayenne, la prise en charge des AEV est centralisée sur le centre hospitalier et répartie entre plusieurs services.

Aux heures ouvrables, le patient est admis en hôpital de jour selon son âge : HDJ adulte (HDJA) à partir de 16 ans, HDJ pédiatrique (HDJpéd.) pour les moins de 16 ans. La nuit, le week-end et les jours fériés, c'est le service des urgences qui assure la prise en charge initiale, et ré-adresse en hôpital de jour pour la 2ème consultation. En cas d'agression sexuelle de moins de 72h, c'est l'unité médico-judiciaire qui réalise la prise en charge initiale en urgence : décision et délivrance du TPE, et rédaction du certificat médical suite à allégation d'agression sexuelle. En pratique pour les mineurs, s'agissant quasi exclusivement d'agressions sexuelles, ils sont systématiquement vus à l'unité médico-judiciaire de Cayenne (UMJ) avant d'être (ré)adressés en hôpital de jour pédiatrique.

La pharmacie à usage intérieur du centre hospitalier prépare des kits d'ARV de démarrage (starter kits) d'AZT/3TC/ATV/r pour 3 jours, disponibles pour les adultes dans des réserves dédiées aux urgences et à l'UMJ. Pour les enfants de moins de 35 kg, il n'y a pas de système de mise à disposition d'ARV en suspension pour solution buvable, de sorte que les praticiens de l'UMJ n'ont pas d'autre choix que de délivrer une ordonnance aux responsables des enfants qu'il examinent en urgence, charge à eux d'aller récupérer le traitement en ville.

Un protocole de prise en charge des AEV est disponible aux urgences.

Concernant les dossiers, le service des urgences est informatisé avec le logiciel DMU. L'UMJ archive doublement les certificats médicaux pour allégation d'agression sexuelle : numériquement et observation papier. L'hôpital de jour pédiatrique fonctionne avec dossier papier, archivé au secrétariat de consultation à la clôture du suivi. En hôpital de jour adulte, pour les AEVs, le fonctionnement dépend du praticien, certains utilisant NADIS d'autres uniquement des observations papier.

Le protocole de l'UMJ autorise la délivrance d'ARV jusqu'à 72h de délai depuis l'exposition ainsi que l'administration systématique d'1 g d'azithromycine en prévention des infections à Chlamydiae trachomatis, et une contraception post-coïtale pour les femmes et filles en âge de procréer.

Depuis 2017, le CeGIDD de Cayenne géré par la Croix-Rouge a commencé à délivrer des kits de démarrage d'ARV et des contraceptions post-coïtales.

Le COREVIH de Guyane reporte dans son rapport d'activité annuel le nombre d'AEV par type transmis par le secrétariat de l'HDJA. Les AEVs suivis en HDJ pédiatrique ne sont pas comptabilisés, et les patients uniquement vus aux urgences et non revenus après la consultation initiale ne sont pas non plus décomptés.

VII. Présentation du travail – objectif de l'étude

Les recommandations françaises de prise en charge des accidents d'exposition sexuelles (AEVs) ont été mises à jour en 2017 (rapport Morlat). En Guyane, région de France la plus affectée par le VIH et considérée comme zone de moyenne endémicité pour le VHB, les recommandations de prophylaxie sont différentes de la métropole. Par ailleurs, on y comptabilise la plus forte incidence de viols, notamment sur mineurs.

Un travail préliminaire réalisé en 2016 au sein du service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Cayenne avait révélé que, sur l'ensemble de l'année 2015, une majorité des AEV étaient consécutifs à des actes sexuels (53%), pour lesquels un TPE avait été initié dans 75 % des cas, contre 31 % pour les AEV professionnels (77). Globalement les résultats questionnaient la qualité de la prise en charge initiale.

Le présent travail, conduit sous l'égide du COREVIH de Guyane, a pour objectif de faire un état des lieux plus complet de la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral de type sexuel (comme préconisé par le rapport Morlat) au centre hospitalier de Cayenne, préfecture et principale ville de Guyane française.

Il s'agit d'une étude rétrospective sur les dossiers médicaux du centre hospitalier, portant sur la période 2015-2016.

L'objectif principal est de réaliser un état des lieux de la prise en charge (initiale ainsi que le suivi) des AEV sexuels au centre hospitalier de Cayenne entre le 01/01/15 et le 31/12/2016.

Les objectifs secondaires sont :

- de décrire la population concernée et les AEV sexuels documentés (relations transactionnelles, violences sexuelles ...)
- de décrire la prise en charge et le suivi des cas pédiatriques
- de décrire et d'établir une incidence des consultations pour violences sexuelles

Matériel et méthode

I. Schéma

Ce travail est une étude monocentrique rétrospective (2015-2016), sur les dossiers des 4 services concernés : urgences, hôpitaux de jour pédiatrique et adulte, unité médico-judiciaire.

II. Critère d'inclusion

Tout patient ayant consulté au centre hospitalier de Cayenne (CHC) dans les 72h suivant un AEV de type sexuel, entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2016.

III. Mode d'inclusion

Les cas ont été inclus rétrospectivement :

- pour les urgences : à partir des diagnostics de sortie dans les données informatisées du logiciel DMU° (codes CIM-10 : Z20.2, Z20.5, Z20.6, Z20.9)
- pour l'unité médico-judiciaire : archives papiers et certificats médicaux numériques des dossiers d'agressions sexuelles
- hôpital de jour pédiatrique : observations papier des dossiers d'agressions sexuelles
- hôpital de jour adulte : données informatisées Nadis et observations papier des dossier AEV

IV. Critères d'exclusion

Les AEV pris en charge en CDPS ont été exclus.

Les erreurs de codage et de diagnostic.

V. Recueil des données

Un masque de saisi a été construit avec EpiData Manager 4.2.0.0

Le recueil de donnée rétrospectif s'est fait durant l'été 2017, à l'aide du logiciel EpiData Entry Client 4.2.0.0

VI. Analyse

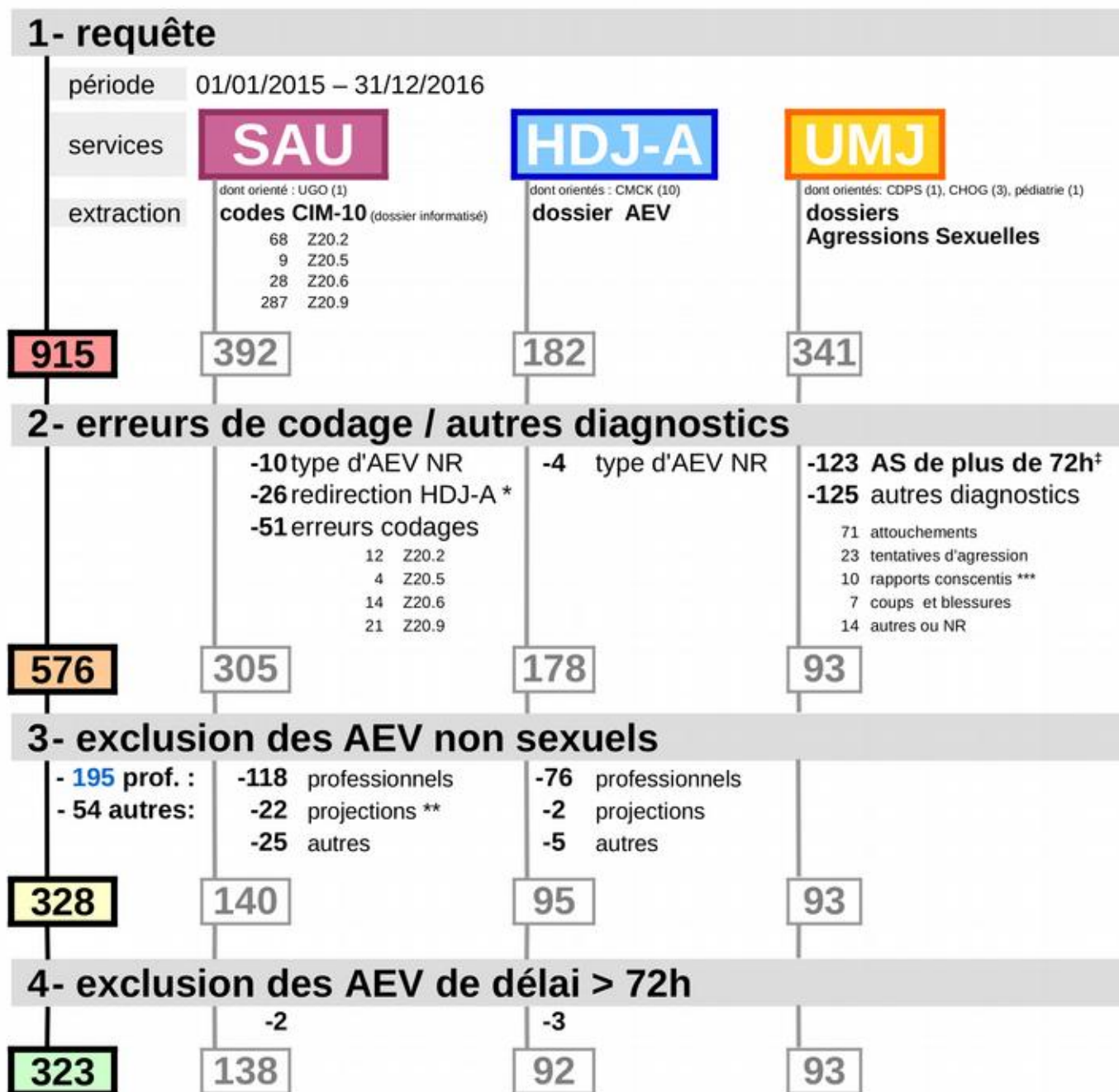
Les données on été analysées à l'aide du logiciel STATA 12 (STATA corp., college station, Texas).

VII. Ethique

La base de donnée informatique anonymisée a été déclarée à la CNIL sous le numéro 2083142.

Résultats

I. Diagramme de flux



Légende :

AS : Agressions Sexuelles
NR : Non Renseigné

- [†] : AS anciennes, datant souvent de plusieurs années
- * : aux heures ouvrables
- ** : cutanéouqueuses, hors soins
- *** : tiers portant plainte

codes CIM-10

- Z20.2 - Sujets en contact avec et exposés à des infections de transmission essentiellement sexuel
- Z20.5 - Sujets en contact avec et exposés à l'hépatite virale
- Z20.6 - Sujets en contact avec et exposés au VIH
- Z20.9 - Sujets en contact avec et exposés à une maladie transmissible non précisée

Figure 13: Diagramme de flux

II. Généralités

Entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2016, 323 patients ont consulté au CHC dans un délai inférieur à 72h pour AEV sexuel. Soit 3,10 AEV sexuels par semaine.

Pour une population du bassin de vie (Communauté d'Agglomération du Centre Littoral - CACL) estimée à 131 922 en 2015 (78), cela a permis d'estimer une incidence de survenue moyenne de 12,24 AEV sexuel / 10⁴ habitants / an.

Les AEV sexuels ont représenté plus de la moitié de l'ensemble des AEV pris en charge dans ce centre (figure 14 - tableau 7).

Figure 14: Type d'AEV pris en charge

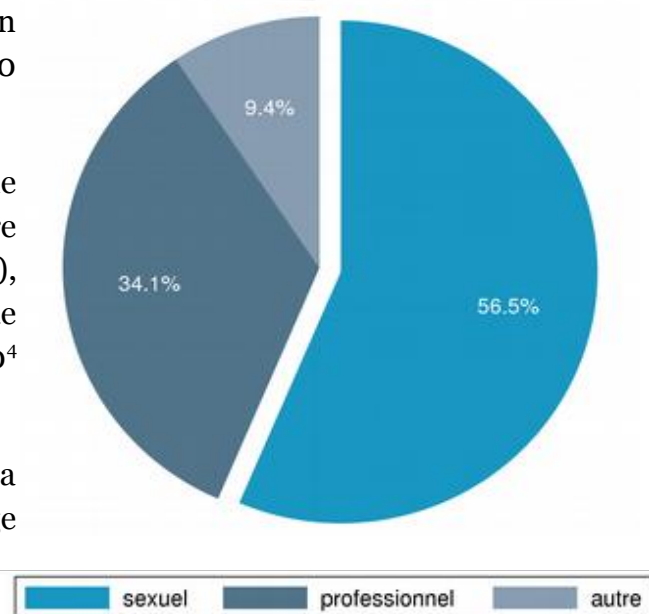


Tableau 7: Type d'AEV, effectifs détaillés par année

type d'AEV	année					
	2015		2016		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
sexuel	153	56.5	170	56.5	323	56.5
professionnel	101	37.3	94	31.2	195	34.1
projection cutanéomuqueuse *	10	3.7	14	4.7	24	4.2
autre	7	2.6	23	7.6	30	5.2
Total	271	100.0	301	100.0	572	100.0

Pearson $\chi^2(3) = 8.797$
P-value = 0.032

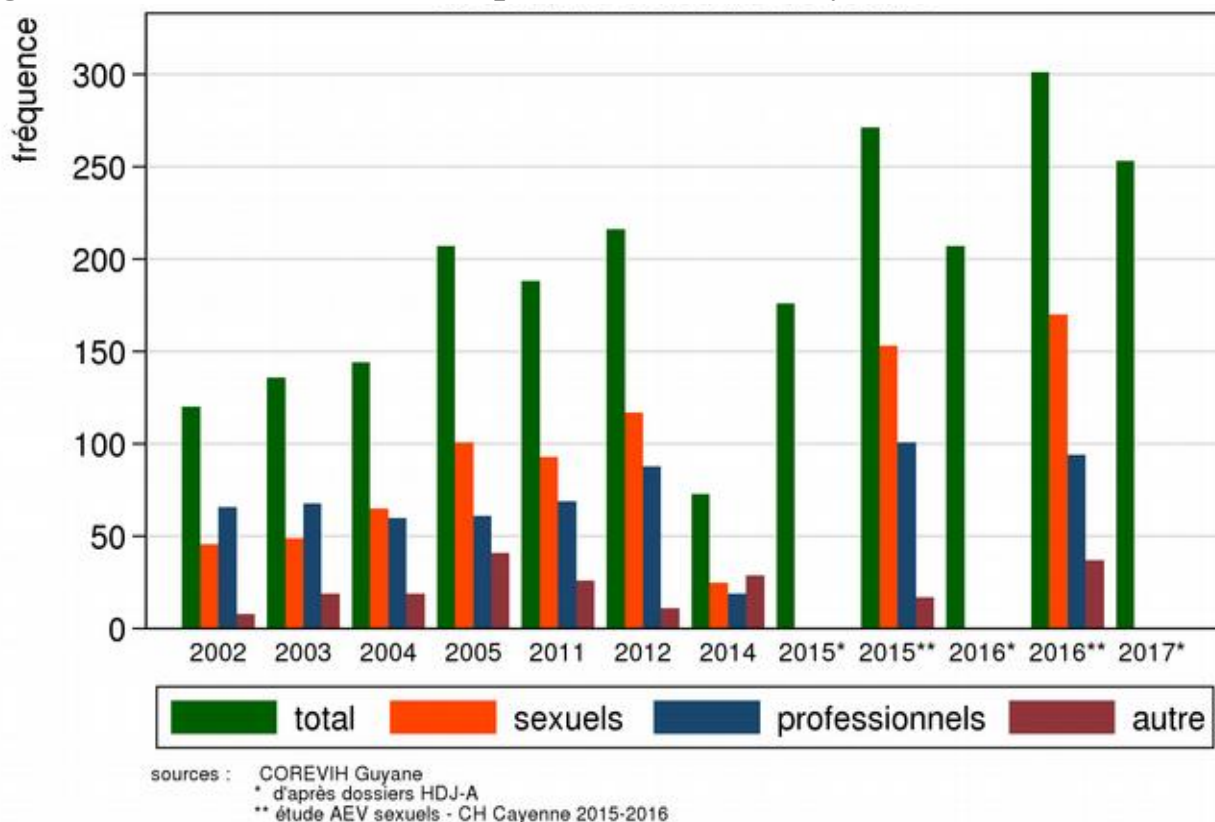
* hors contexte de soins

source : COREVIH Guyane — AEV sexuels; CH de Cayenne; 2015-2016

Les consultations pour AEV sexuel ont numériquement augmenté de 11,11 % entre 2015 et 2016, mais la proportion est restée stable.

La croissance globale des AEV observée (par rapport aux derniers chiffres connus) a semblé essentiellement liée à la part des AEV sexuels ; les accidents concernant les professionnels de santé ayant été stables voir en légère baisse (figure 15).

Figure 15 : Effectif des consultants pour AEV au CH de Cayenne

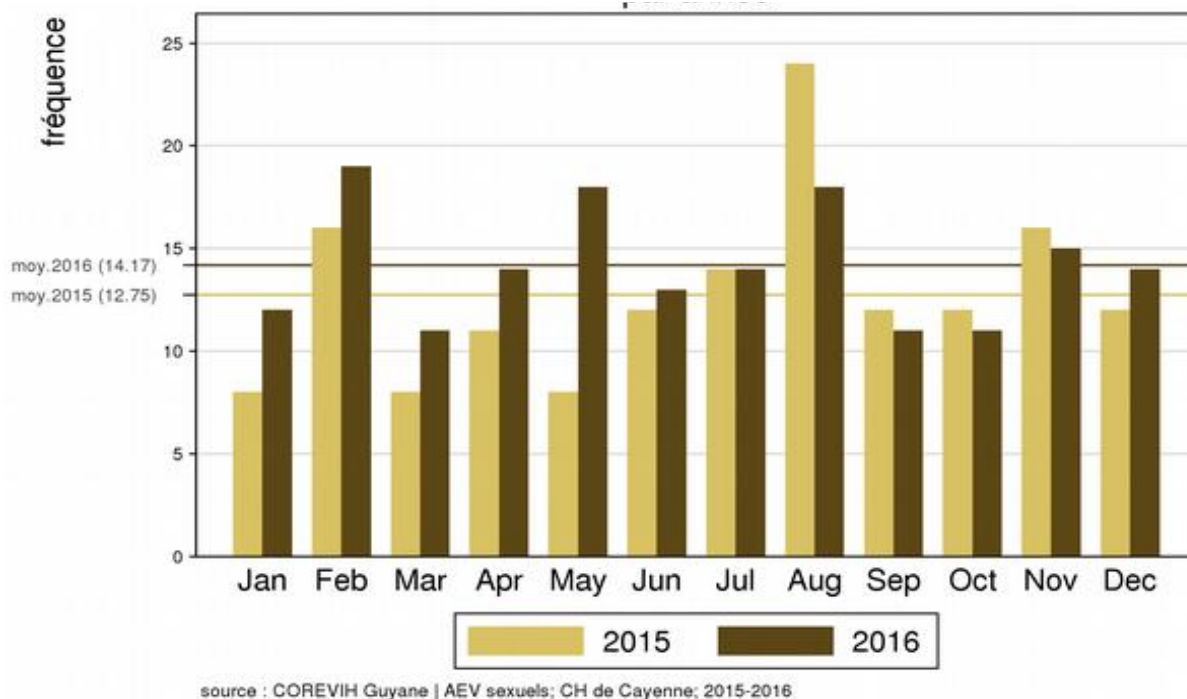


III. AEV sexuels - population

a) répartition temporelle des recours

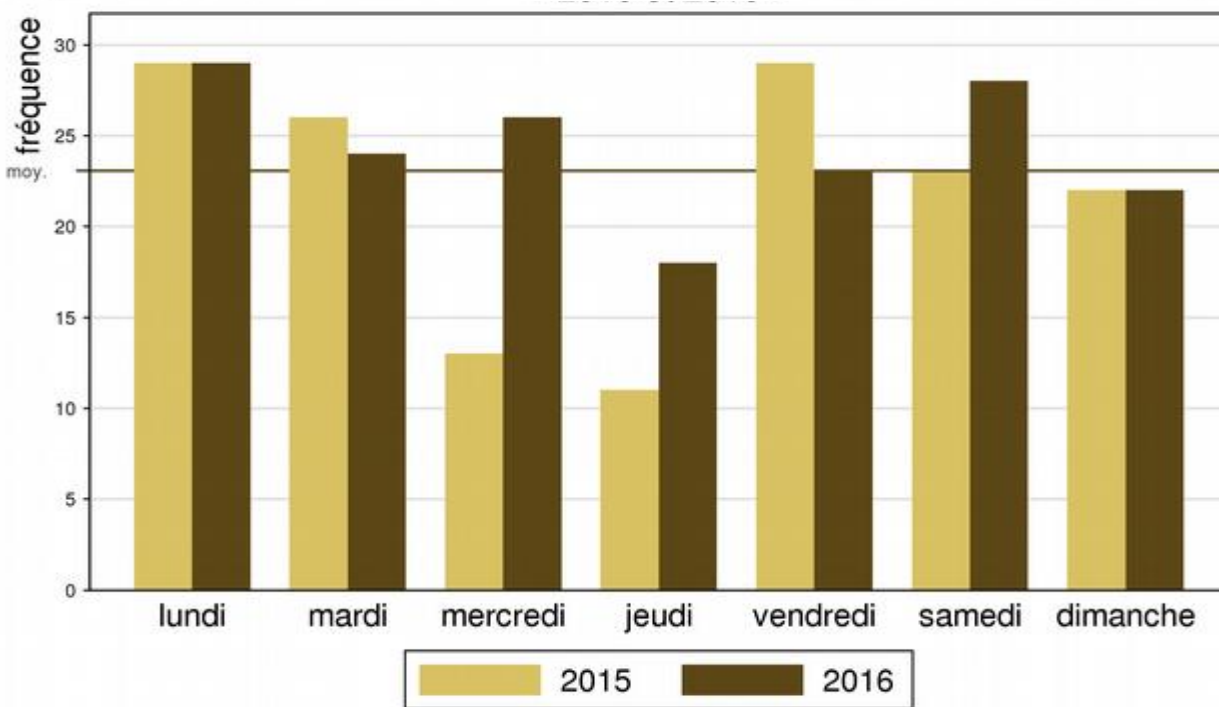
Concernant la répartition annuelle des recours par mois, 3 pics ont pu être observés : en février, août et novembre ; ainsi qu'un pic supplémentaire en mai pour l'année 2016 uniquement (figure 16).

Figure 16: Répartition temporelle des consultations, par mois



Du point de vue hebdomadaire, les recours semblent moins fréquents les jeudis.

Figure 17: Répartition des consultations par jour de la semaine (2015-2016)



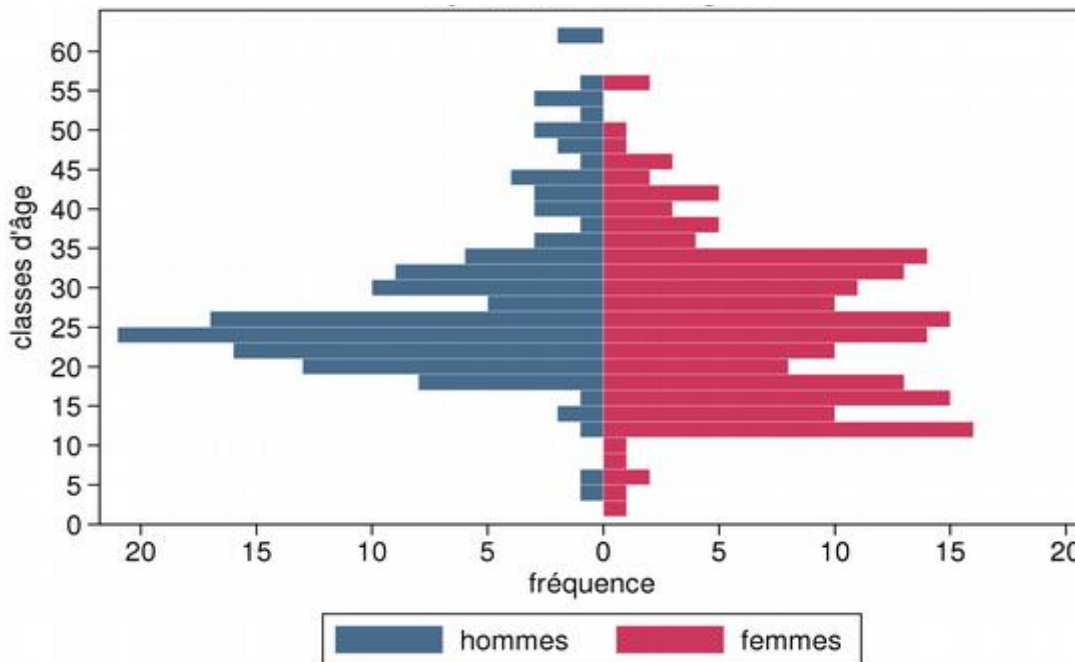
source : COREVIH Guyane | AEV sexuels; CH de Cayenne; 2015-2016

b) caractéristiques de la population consultant pour AEV sexuel

b.1) âge et sexe

Le sex-ratio a été de 0,76, soit une population féminine majoritaire (56,03 %). L'âge médian était de 26 ans ; les femmes étaient plus jeunes que les hommes [IQR 17-33 ans versus 22-33 ans]. La pyramide des âges montre chez les hommes 2 pics de fréquentation (20-26 ans [48,55 % de l'effectif masculin] et 30-34 ans [13,77%]) et 3 chez les femmes (12-20 ans [24,31% de l'effectif féminin], 24-28 ans [16,02%] et 30-36 ans [20,99 %]) (fig. 18).

Figure 18: Pyramide des âges



source : COREVIH Guyane | AEV sexuels; CH de Cayenne; 2015-2016

b.2) pays de naissance

43,03 % des patients étaient nés à l'étranger (tableau 8). Parmi eux, 28,68 % étaient nés en Haïti, 21,71 % au Guyana, 20,16 en Rép. Dominicaine, et 17,05 au Brésil.

Tableau 8: Pays de naissance.

	No.	%
pays de naissance		
France *	184	56.97
Haïti	37	11.46
Guyana	28	8.67
Rép. dominicaine	26	8.05
Brésil	22	6.81
NR	10	3.10
Surinam	9	2.79
autre	7	2.17
Total	323	100.00

* métropole, antilles françaises et guyane

Le tableau 9 compare les proportions d'individus selon le pays de naissance dans 3 populations : celle de l'étude, en population générale, et dans la population des pvVIH suivies en Guyane. On note une sous-représentation des patients nés en France, au Surinam, et au Brésil ; et une sur-représentation de ceux nés en Haïti, au Guyane et en Rép. Dominicaine comparativement à la population générale (INSEE, 2009).

Tableau 9: Pays de naissance dans 3 populations

rang	pop. générale*	%	consultants AEVs [£]	%	pvVIH Guyane [§]	%
1	France	70,29	France	57,97	Haïti	29,38
3	Surinam	9,61	Haïti	11,46	Surinam	20,62
4	Brésil	8,36	Guyana	8,67	France	15,44
5	Haïti	7,07	Rép. Dominicaine	8,05	Guyana	9,57
6	Guyana	1,54	Brésil	6,81	Brésil	7,86
7	Rép. Dominicaine [‡]	0,43	Surinam	2,79	Rép. Dominicaine	1,54
8	autre	2,70	autre - NR	4,25	autre - NR	15,59

* d'après INSEE (2009), et Comité Interministériel de Contrôle de l'Immigration (2009)

[‡] en 2009, la Chine était aussi à 0,43 %; à partir de 2010, la Rép. dominicaine passe devant

[£] COREVIH Guyane, AEV sexuels - CHC 2015-2016

[§] COREVIH Guyane, rapport d'activité 2016

b.3) couverture sociale

Près d'un quart des patients n'avait aucune couverture sociale ; quasiment un tiers bénéficiait de la CMU ou de l'AME ; et moins de la moitié d'une couverture complète (fig. 19). Cette couverture a été inégale selon le sexe : quand presque 60 % des hommes étaient au régime général, 68,3 % des femmes étaient sans couverture, sous le régime de la CMU ou de l'AME (p<0,001) (fig. 20).

Figure 19: couverture maladie

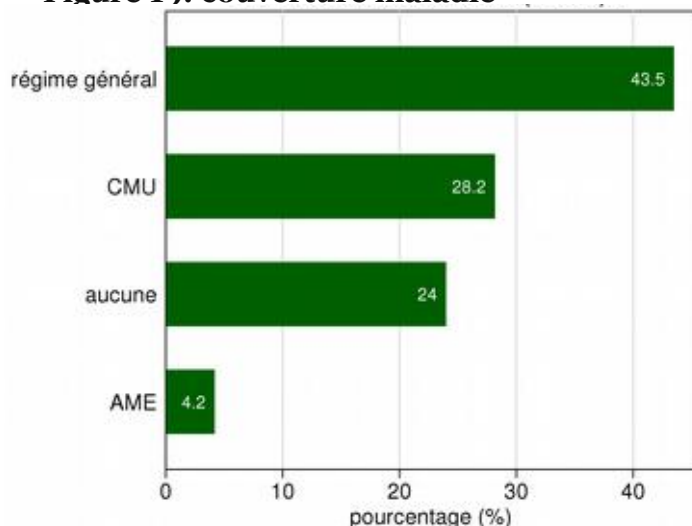
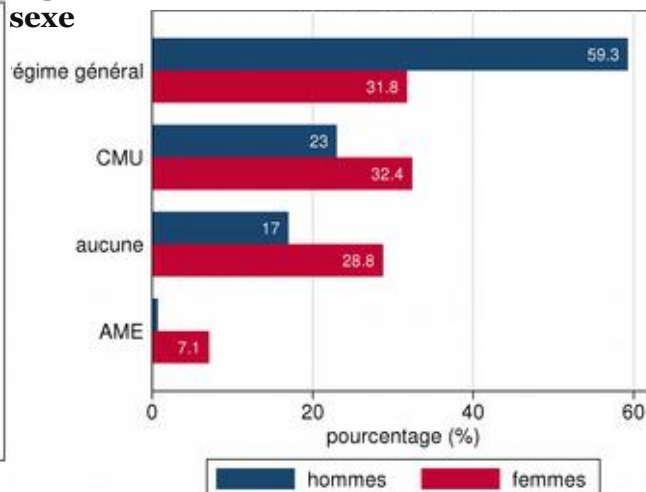


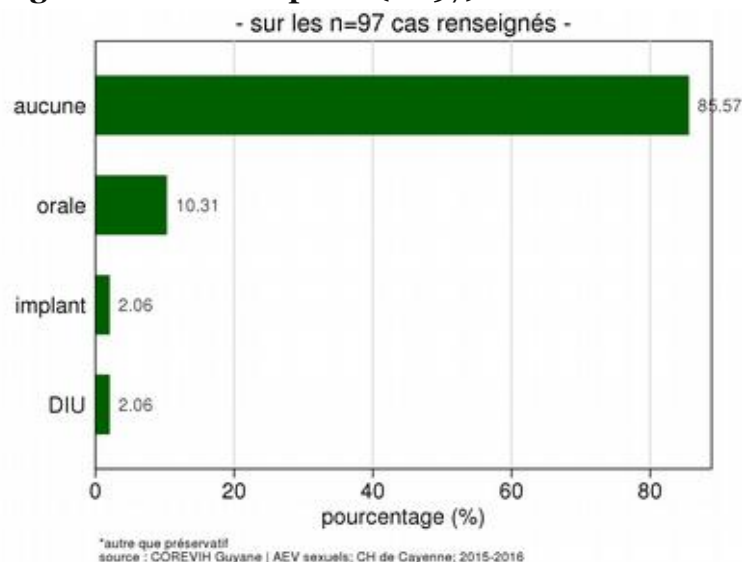
Figure 20: couverture maladie, selon le sexe



b.4) contraception

46,70 % des dossiers ne précisait pas l'usage de méthode contraceptive pour les femmes consultant pour AEV.

Sur les 97 dossiers où l'information était renseignée, moins de 15 % des femmes utilisait une contraception autre que le préservatif (figure 21).

Figure 21: contraception (n=97)b.5) IST

Une cicatrice sérologique de syphilis était présente chez 2 % des patients (4/200), et une double positivité VDRL et TPHA chez 2 % également ; 16 % des PCR Chlamydiae trachomatis étaient positives (7/52) et aucune PCR gonocoque (0/2).

b.6) autre

L'ancienneté du dernier dépistage VIH n'était relevée que dans 62 cas (NR=261) ; l'IQR était de 3 mois – 12 mois, avec une moyenne plus récente pour les femmes (6 mois) que pour les hommes (8 mois).

Un antécédent de recours à un TPE était relevé pour 9,60 % des consultants (n=31); et pour 7,60 %, il a été retrouvé des traces de consultations itératives pour AEV sexuel, sur la période 2014-2017 (liste des passages DMU), dont 5 patients à 5 reprises sur cette même période.

Enfin, un antécédent de viol était mentionné dans 3,72 % des observations (n=12).

b.7) comparaison hommes / femmesTableau 10: **Caractéristiques générales : hommes versus femmes**

	sexe				p *
	homme		femme		
	No.	%	No.	%	
catégorie d'âge					
>= 16 ans	133	96.38	150	82.42	0.000
< 16 ans	5	3.62	32	17.58	
Total	138	100.00	182	100.00	
pays de naissance					
France	101	73.19	83	45.60	0.000
Haïti	18	13.04	19	10.44	
Brésil	4	2.90	17	9.34	
Surinam	2	1.45	7	3.85	
Guyana	5	3.62	21	11.54	
Rép. dominicaine	1	0.72	25	13.74	
autre	7	5.07	10	5.49	
Total	138	100.00	182	100.00	
couverture sociale					
aucune	23	17.04	49	28.82	0.000
régime général	80	59.26	54	31.76	
AME	1	0.74	12	7.06	
CMU	31	22.96	55	32.35	
Total	135	100.00	170	100.00	

source : COREVIH Guyane — AEV sexuels; CH de Cayenne; 2015-2016
* : test exact de Fisher

IV. Caractéristiques de l'exposition

Le patient source était présent à la consultation initiale dans 2,79 % des cas (n=9).

A Jo, le statut sérologique VIH de la source était : connu ou suspecté positif dans n=20 situations (6,19%) ; inconnu dans 88,85 % ; sur 9 cas possibles, a été déterminé à Jo 3 fois par TROD et 4 fois par sérologie.

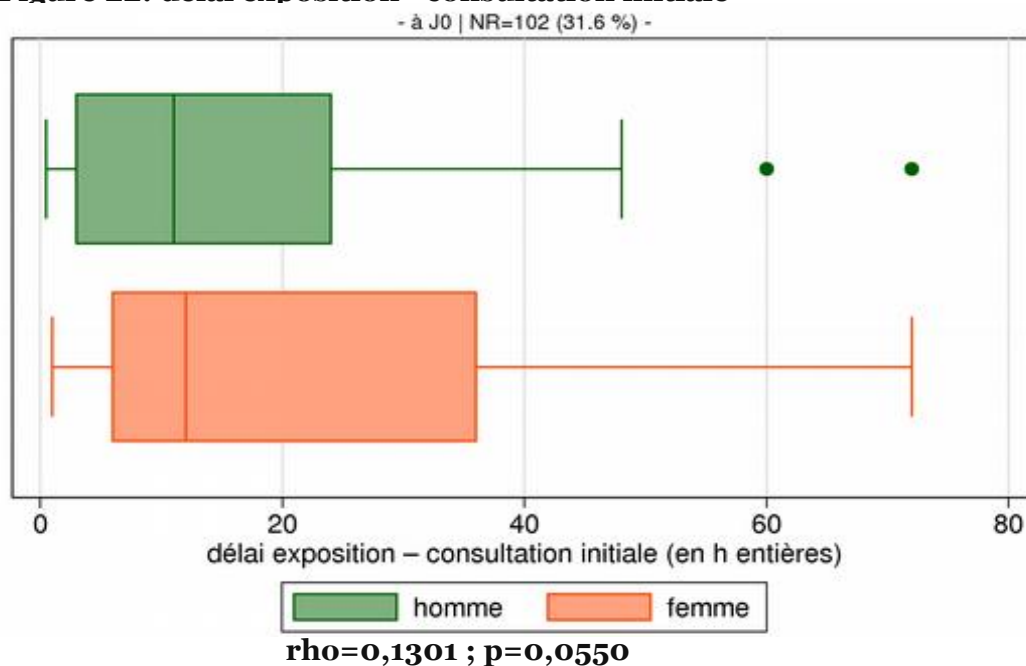
Pour le VHB comme pour le VHC, la sérologie était inconnue dans 95,67 % des cas et a été prélevée chez 2 des 9 patients sources présents à Jo.

Tableau 11: Statut de la cible à Jo

	n	%
VIH+	n=4	1,24
dont déjà connu	n=3	
VHC+	n=0	0
VHB		
Ag HBs+	n=4	1,24
Ac anti-HBs+ isolés	n=135	41,8
Ac anti-HBc+ / antiHBs+	n=26	8,05
absence d'immunité	n=96	29,72
NR	n=66	20,43
Total	323	100

Le délai médian entre l'exposition et la consultation initiale a été de 12h [IQR 4-30] (figure19). Il n'a pas corrélé au sexe ($\rho=0,1301$; $p=0,0550$) ni à l'âge ($\rho=-0,0885$, $p=,1900$).

Figure 22: délai exposition - consultation initiale



L'AEV était une agression sexuelle dans 30,03 % des cas (n=97), une relation transactionnelle dans 15,04 % des cas. 24,07% (n=26) des hommes étaient des consommateurs, essentiellement nés en France (80,77%) et bénéficiaires du régime général d'assurance maladie. Tandis que 13,82 % (n=23) des femmes avaient tarifé la relation. Elles étaient surtout originaires de République Dominicaine (47,83%) ou du Guyana (34,78%), et n'avaient aucune couverture sociale renseignée dans 77,27 % des cas (AME 13,64 %, CMU 9,09%).

Le partenaire était plus souvent inconnu (43,96 % globalement ; 68,04 % en cas d'agression), que régulier (18,58%) ou occasionnel (16,72%). Un multi-partenariat chez la cible a été relevé dans 1,55 % des cas.

Les relations hétérosexuelles étaient prédominantes (93,75 %); celles entre hommes minoritaires (4,25% dont 4 patients bisexuels).

52,01 % (n=168) des dossiers ne documentaient pas le type de rapport ; il s'agissait de relations anales dans 20 % des cas (31/155), et orales dans 6,45 % (n=10/155).

38,4 % des situations relevaient d'un non-usage du préservatif ; il était plus souvent rompu (47,8 %) que désinséré (2,5%). L'usage variait avec le sexe : 68,2 % de rupture pour les hommes et 53,1 % de non-usage chez les femmes (fischer : $p < 0,001$). Le non-usage était plus important pour les rapports oraux (90,0%) et anaux (64,5%) que vaginaux (41,8%) : $p = 0,003$ – fischer).

Une altération de la conscience est plus souvent retrouvée chez les femmes que chez les hommes : 13,19 % versus 2,17% ($p < 0,001$ – fisher).

Tableau 12: Caractéristiques de l'exposition : comparaison hommes / femmes

	sexe				p *
	homme		femme		
	No.	%	No.	%	
source présente à J0					
non	131	94.93	180	98.90	0.043
oui	7	5.07	2	1.10	
Total	138	100.00	182	100.00	
relation transactionnelle					
non	82	59.42	131	71.98	0.000
cible travailleur du sexe	0	0.00	21	11.54	
source travailleur du sexe	26	18.84	0	0.00	
NR	30	21.74	30	16.48	
Total	138	100.00	182	100.00	
usage du préservatif					
non	36	26.09	87	47.80	0.000
oui	1	0.72	11	6.04	
rupture	90	65.22	63	34.62	
déplacé	5	3.62	3	1.65	
NR	6	4.35	18	9.89	
Total	138	100.00	182	100.00	
agression sexuelle					
non	121	87.68	84	46.15	0.000
oui	6	4.35	90	49.45	
NR	11	7.97	8	4.40	
Total	138	100.00	182	100.00	
conscience altérée					
non	51	36.96	100	54.95	0.000
drogué ou alcoolisé	3	2.17	24	13.19	
NR	84	60.87	58	31.87	
Total	138	100.00	182	100.00	

source : COREVIH Guyane — AEV sexuels; CH de Cayenne; 2015-2016

* : test exact de Fisher

V. Prise en charge

a) prise en charge initiale (Jo)

a.1) caractéristiques du traitement post-exposition du VIH

Un bilan biologique a été prélevé à Jo dans 80,50 % des cas. Cette proportion a été significativement plus faible quand la prise en charge initiale a été faite au SAU (tableau 13) : 69,5 % versus 95,2 et 95,7 % respectivement en HDJ-A et en UMJ.

La délivrance d'une contraception post-coïtale a concerné 44,51 % de l'ensemble des femmes, 67,78 % des femmes victimes de viol, et 73,49 % de celles n'ayant aucune contraception ; le taux de prescription est lié au service (tableau 8) : très basse en HDJ-A (25,0%) et aux urgences (22,2%), et élevée en UMJ (67%).

Une décision de prophylaxie par ARV a été prise dans 87,62 % des cas sans différence tangible entre services (tableau 13). La proposition a été refusé par 4 patients. A 2 reprises au SAU, un kit d'urgence n'a pu être remis faute de disponibilité en stock. Soit 278 TPE délivrés (86,07%).

Tableau 13: Prise en charge initiale selon le service

	lieu de prise en charge initiale						p
	SAU		HDJ-A		UMJ		
	No.	%	No.	%	No.	%	
sérologie à J0 *							
non	40	30.5	4	4.8	4	4.3	0.000
oui	91	69.5	80	95.2	89	95.7	
Total	131	100.0	84	100.0	93	100.0	
contraception post-coïtale *							
non délivrée	28	51.9	17	42.5	21	23.9	0.000
délivrée	12	22.2	10	25.0	59	67.0	
NR	14	25.9	13	32.5	8	9.1	
Total	54	100.0	40	100.0	88	100.0	
indication de TPE ARV *							
non retenue	13	9.5	8	8.8	15	16.5	0.177
retenue	124	90.5	83	91.2	76	83.5	
Total	137	100.0	91	100.0	91	100.0	
régime ARV initial **							
II + 2 INTI	15	12.1	52	65.0	8	11.4	0.000
INNTI + 2 INTI	1	0.8	6	7.5	0	0.0	
IP boosté + 2 INTI	108	87.1	22	27.5	62	88.6	
Total	124	100.0	80	100.0	70	100.0	

* chi2

** fischer

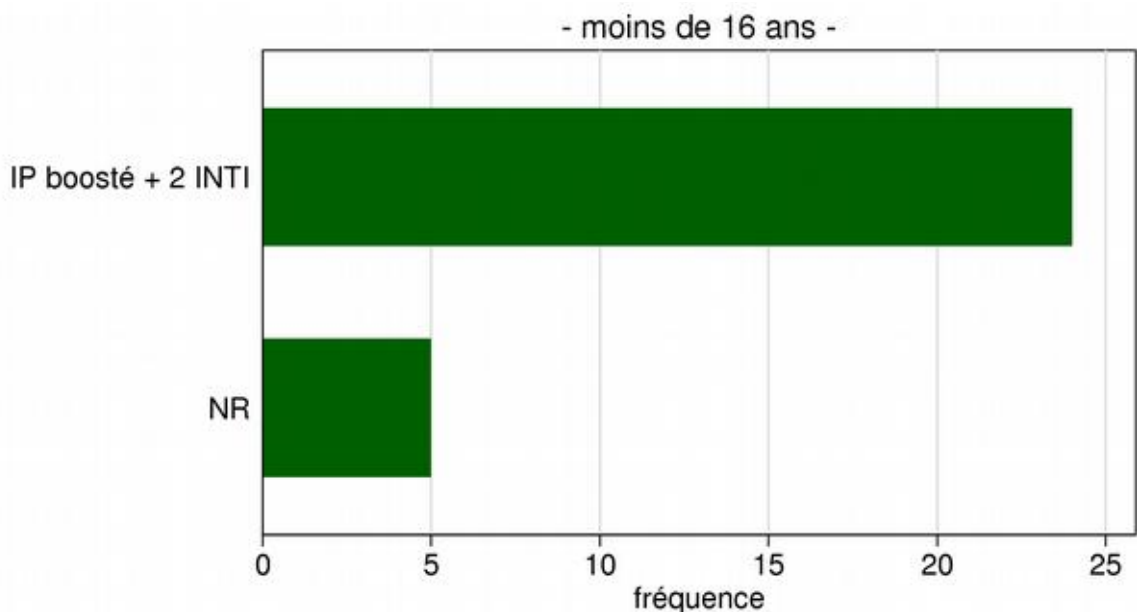
source : COREVIH Guyane — AEV sexuels; CH de Cayenne; 2015-2016

L'indication de TPE ou non a été a en concordance avec les recommandations françaises dans 94,43 % des cas. Ont été comptabilisés rétrospectivement 9 indications excessives (2,79%) 3 indications non retenues à tort.

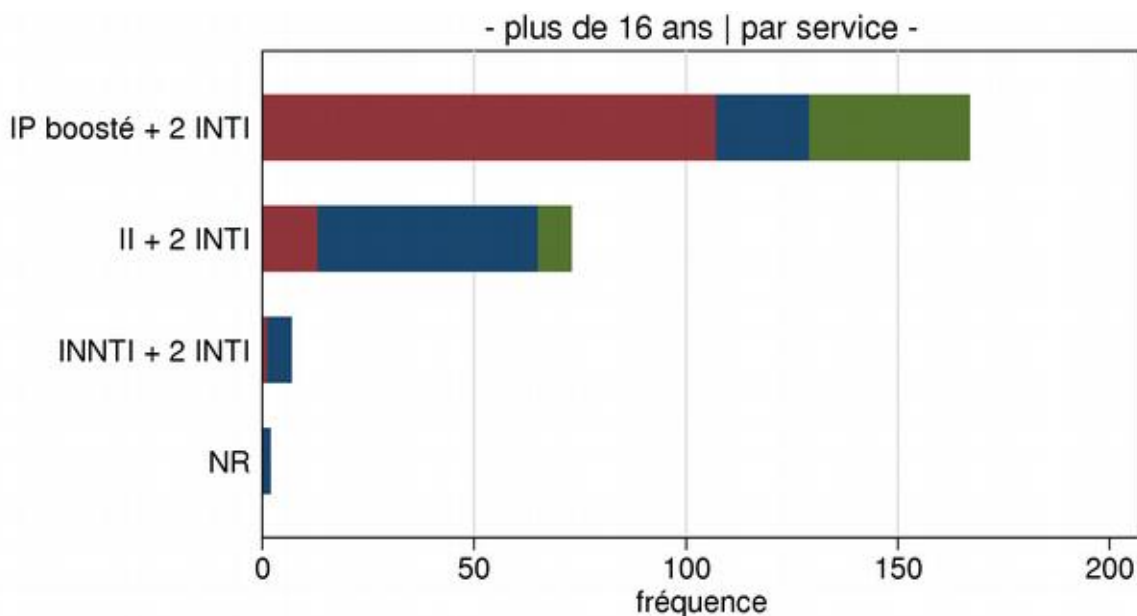
85,57 % des viols on conduit à la prescription d'un TPE (12 cas non traités : 5 viols par compagnon habituel, 2 cibles séropositives connues, 1 viol avec préservatif, 1 viol par objet, 1 fellation réceptive avec un mineur, 1 vu à H72, 1 situation non précisée ...)

Quand le TPE a été retenu, le statut de la source était positif ou supposé tel dans 5,65 % des cas, et inconnu dans 94,35 % des cas.

Figure 23: Traitement anti-rétroviral initial



source : COREVIH Guyane | AEV sexuels; CH de Cayenne; 2015-2016



source : COREVIH Guyane | AEV sexuels; CH de Cayenne; 2015-2016

a.2) TPE et VHB

Sur la population des consultants pour AEV sexuel, la prévalence du portage de l'Ag HBs a été de 1,24 % (n=4/323) ; celle de la double positivité Ac anti-Hbc/anti-HBs de 8,05 % (n=26/323) ; celle d'un état d'immunisation quel qu'il soit de 49,84 % (161/323); et celle de l'absence d'immunité de 29,72 % (96/323).

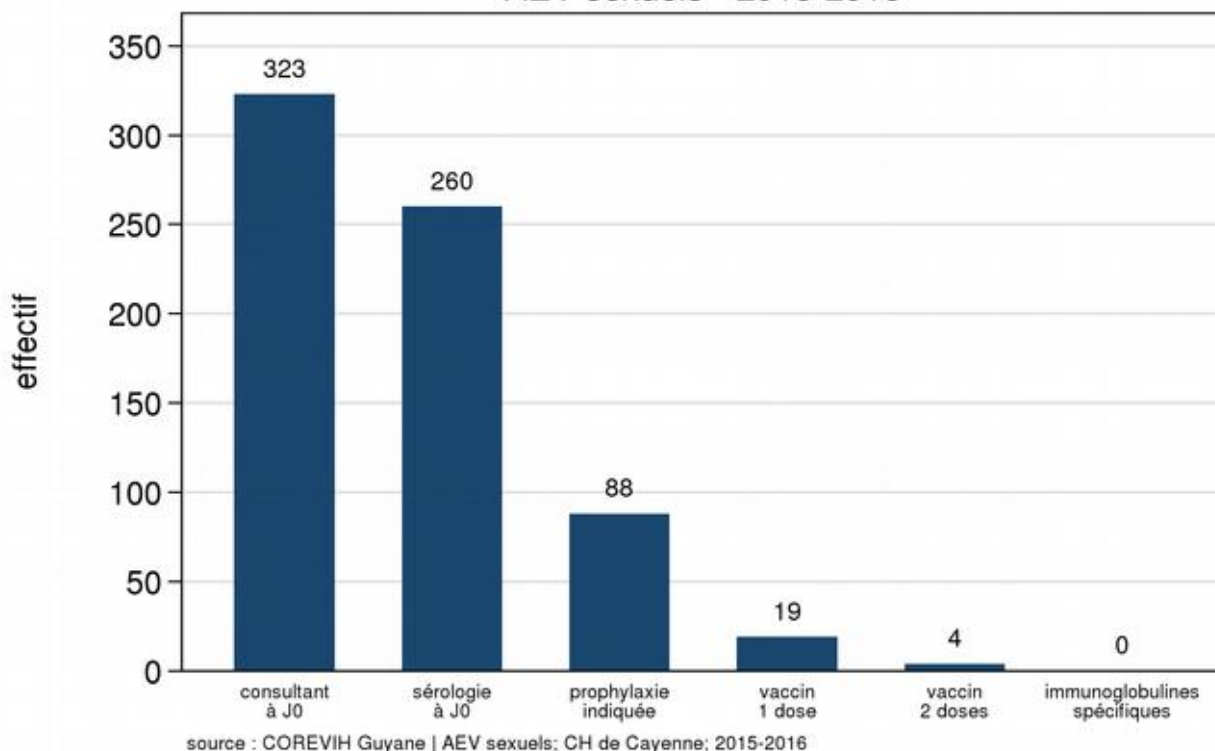
Le statut de la cible était inconnu dans 96,3 % des cas.

En application des recommandations en vigueur, il y avait une indication formelle de TPE vis-à-vis du VHB de 26,93% (n=87) des cas (sur les 96 cibles non immunisées, 3 étaient porteuses de l'Ag HBs, 2 situations ne relevaient pas d'un TPE, et à 4 reprises la source a pu être testée non porteuse de l'Ag HBs).

19,50 % des cibles n'ont pas eu de sérologie à J0. Soit potentiellement 63 cas supplémentaires relevant d'une prophylaxie pour le VHB, soit jusqu'à 150 cas sur 323.

En pratique, 19 (5,88%) ont reçu une injection de vaccin en urgence dans les 72h, 4 en ont reçu 2 au cours du suivi, et aucun n'a bénéficié d'une administration d'immunoglobulines spécifiques.

Figure 24: Cascade de prise en charge du risque de contamination par le VHB - AEV sexuels - 2015-2016 -



b) prise en charge ultérieure

Un recours NADIS a été créé dans 27,55 % des cas (n=89).

Au total, le statut VIH du patient source a été déterminé 19 fois (5,88%) : 10 fois par TROD, 9 fois par sérologie.

Un arrêt prématuré du TPE ARV avant J28 a été documenté dans 8,36 % des cas (n=27). Les raisons de ces interruptions sont résumées dans le tableau 14.

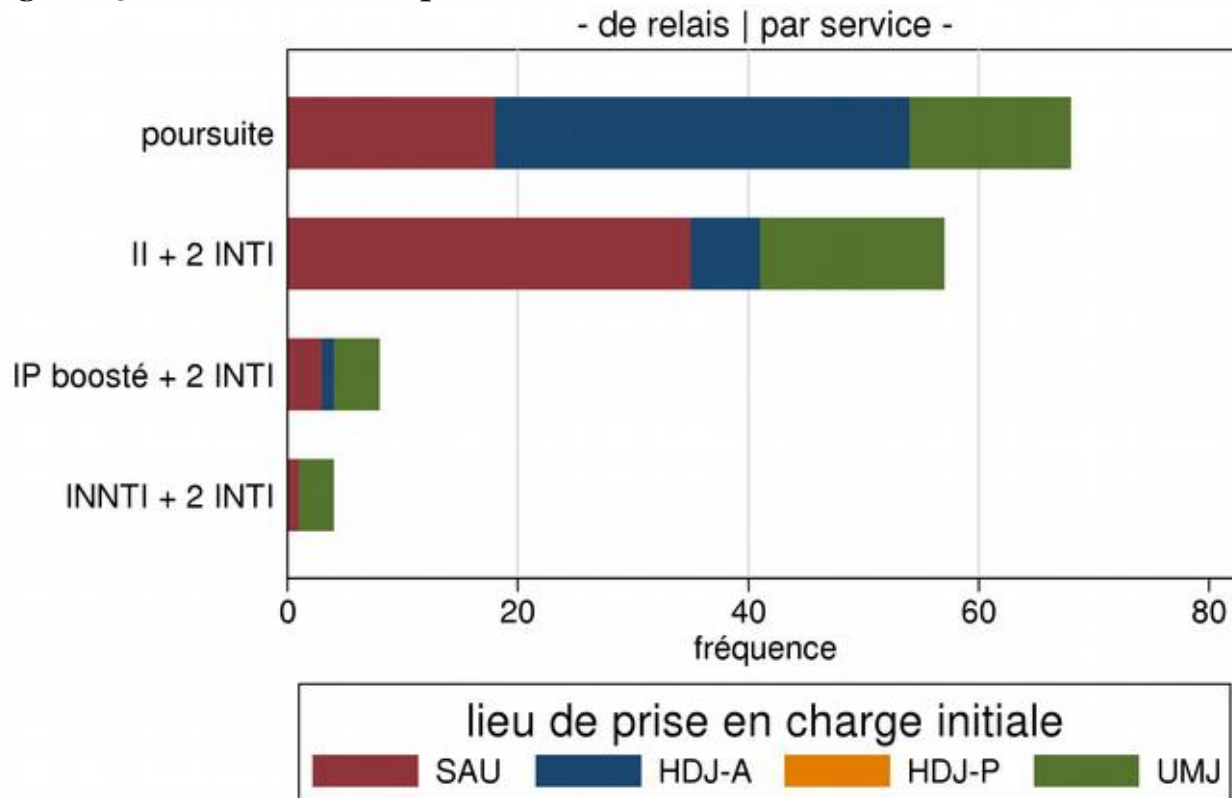
Tableau 14: Arrêt prématuré du TPE : causes

	n
source testée séronégative	9
indication révisée par infectiologue	7
dysfonctionnement du circuit	4
effet indérirable médicamenteux	3
autre	3
NR	1
total	27

Le TARV initial a été relayé précocement dans 25,90 % des cas (n=72/278).

Ce relais s'est fait en direction des STR (galénique permettant un seul comprimé par jour) EVG/cobi/TDF/FTC et RPV/TDF/FTC dans respectivement 80,55 % (n=58/72) et 8,33 % (n=6/72) des cas.

Figure 25: Traitement ARV : poursuite et relais



source : COREVIH Guyane | AEV sexuels; CH de Cayenne; 2015-2016

VI. Suivi

a) perdus de vue – cascades de soins

Tableau 15: consultation Jo : lieu

	No.	%
service		
SAU	138	42.7
UMJ	93	28.8
HDJ-A	92	28.5
HDJ-ped.	0	0.0
Total	323	100.0

La porte d'entrée principale dans le circuit des AEV sexuels a été le service des urgences (tableau 15).

Sur les 323 AEVs, un TPE ARV a été débuté dans 86,07 % des cas (n=278).

Les cascades de soin mettent en évidence un important taux de perdus de vue (fig. 26 et 27).

Figure 26: Cascade de soin globale : AEVs traités et non traités

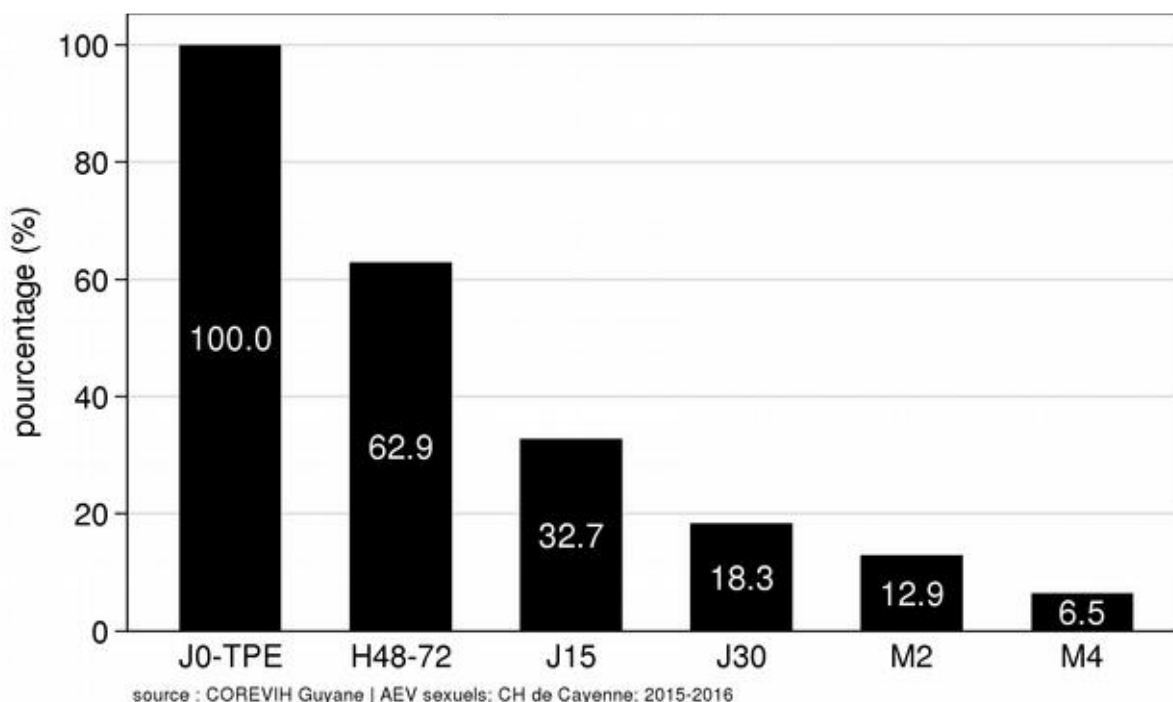
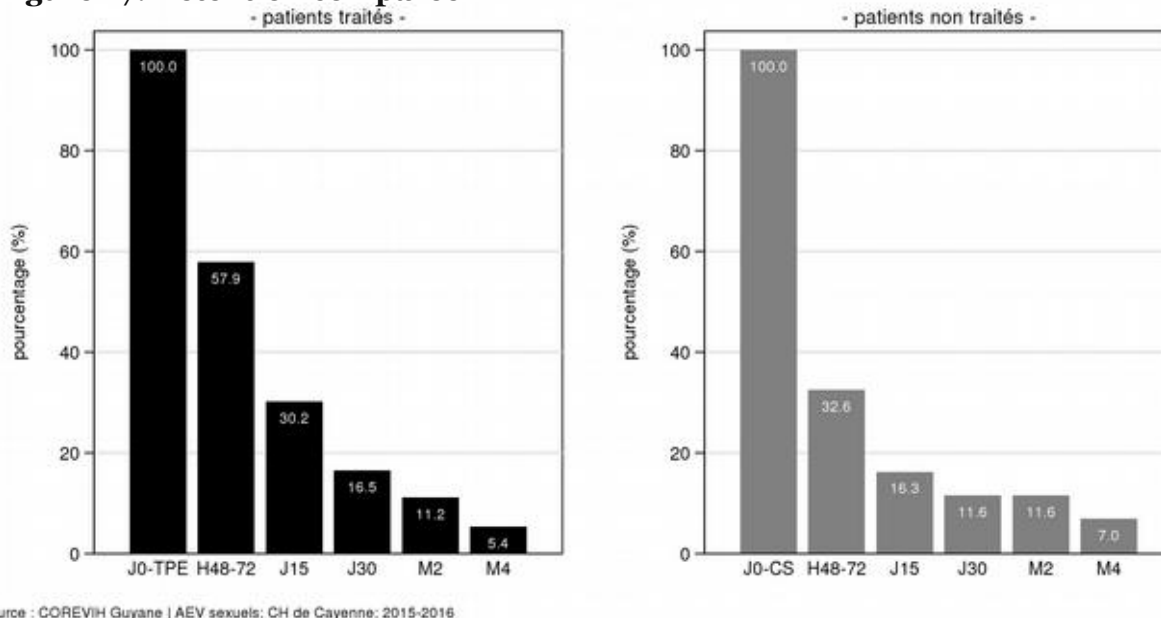
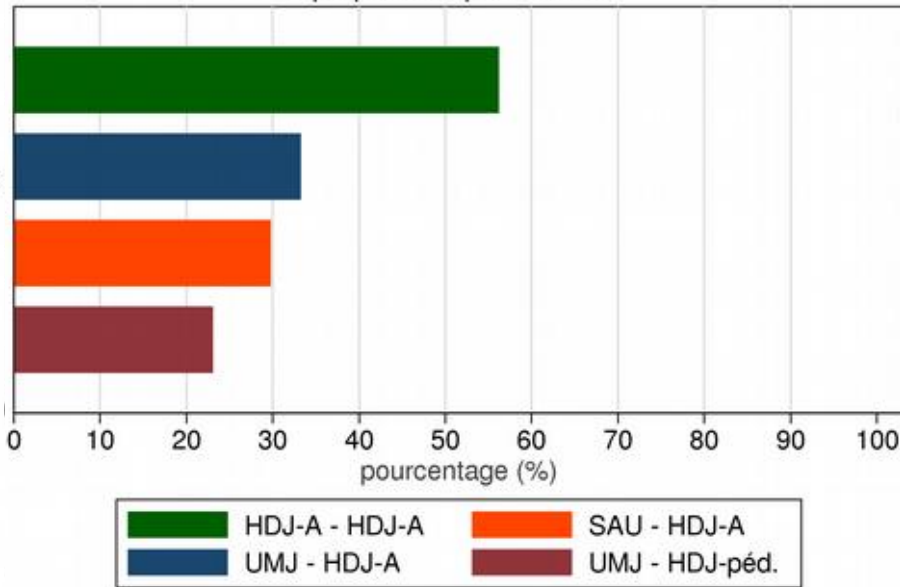


Figure 27: Rétention comparée



Le taux de suivi complet (défini comme une sérologie VIH à J0, M2 et M4 en cas de TPE retenu et J0 S6 en cas d'abstention de TPE) a été de 5,39 % (15/278) pour les AEVs traités et 11,62 % (5/43) pour les AEVs non traités, et globalement de 6,19 %.

Figure 28: Taux de perdu de vue à H48-72, par filière
- proportions par service -



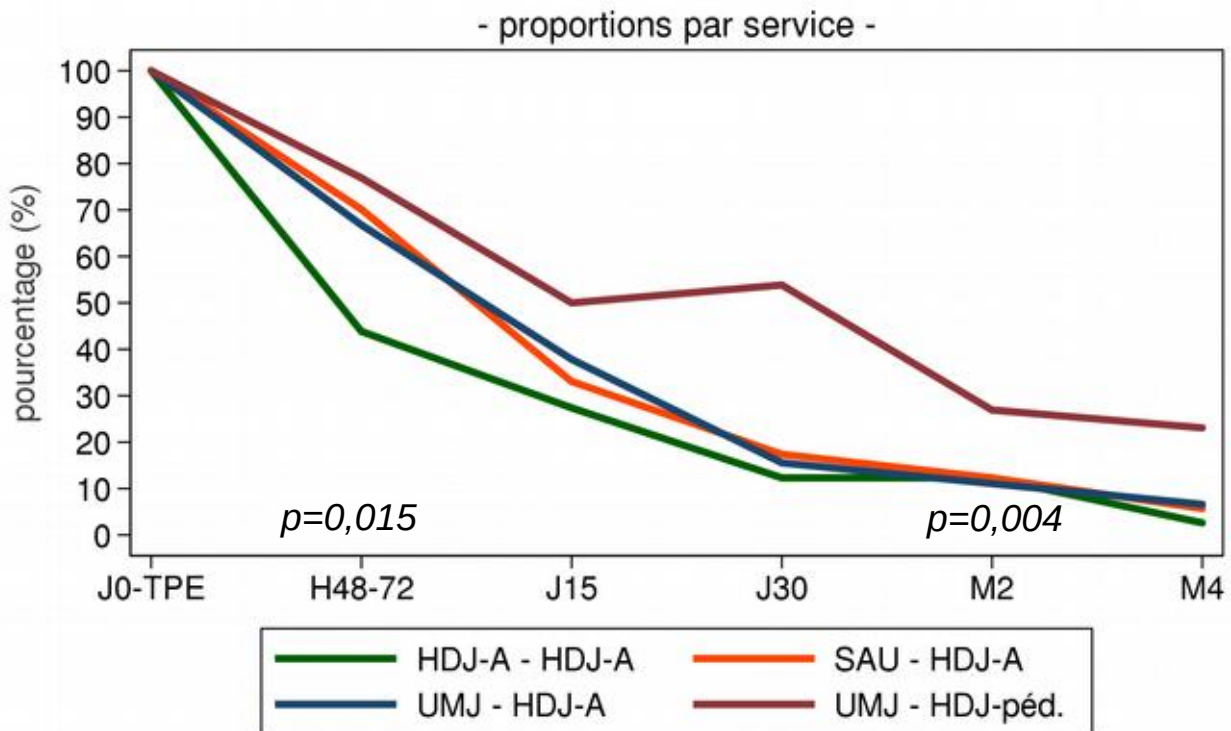
source : COREVIH Guyane | AEV sexuels; CH de Cayenne: 2015-2016

A H48-72, c'est la filière HDJ-A/HDJ-A (consultation initiale en HDJ-A) qui a présenté le plus fort taux de perdus de vue (figure 28).

Sur les 42,08% (117/278) de patients traités non revus à cette étape, 54,70% (64/117) avaient bénéficié de la délivrance d'un kit d'ARV initial d'urgence pour seulement 72H : 41 aux Urgences et 23 à l'UMJ.

Le détail par service montre que c'est la filière pédiatrique qui a été la plus performante dans la rétention des patients dans le circuit (figure 29).

Figure 29: Taux de rétention par filière de suivi

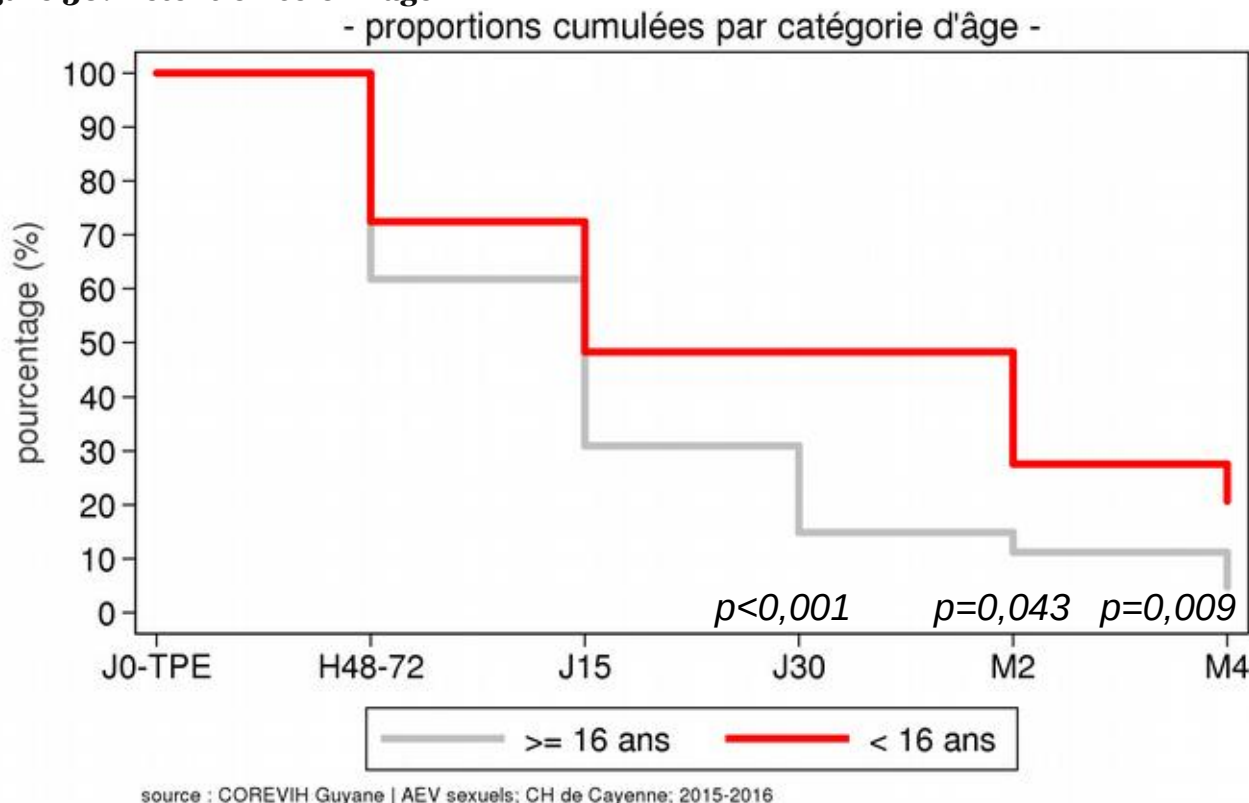


source : COREVIH Guyane | AEV sexuels; CH de Cayenne: 2015-2016
* note : en HDJ-A, en cas de TPE retenu, la prescription d'ARV est pour 28j d'emblée

En analyse bivariée, seuls 2 facteurs étaient associés à la rétention dans le circuit : l'âge et la filière/le service de prise en charge initiale :

- un âge inférieur à 16 ans à été associé à moins de perdus de vue, à J30 ($p < 0,001$ – chi2), M2 ($p = 0,043$ - fisher), et M4 ($p = 0,009$ – fisher) (fig.30)
- les enfants, suivis dans la filière UMJ-HDJ-péd, étaient davantage retenus dans le circuit à J30 ($p = 0,004$ – chi2) que les adultes suivis dans les 3 autres filières;
- être entré dans le circuit par l'HDJ-A semblait associé à plus de perdus de vue à H48-72 ($p = 0,015$, chi2) comparativement aux urgences ou l'UMJ (fig. 29).

Figure 30: Rétention selon l'âge



Aucune corrélation n'a été observée avec le sexe, le pays de naissance, la couverture maladie, ou le fait qu'il s'agissait d'une agression sexuelle.

b) Séroconversions

Aucune séroconversion n'a été documentée. Une sérologie VIH est revenue positive à J0 pour un patient cible : il s'agissait d'un HSH en couple avec un homme séropositif traité, donc contaminé auparavant selon toute vraisemblance.

Cette absence de séroconversion documentée est à mettre en regard de l'important taux global de perdus de vue.

VII. Agressions sexuelles & cas pédiatriques

30 % (n=97) correspondaient à des viols (datant de moins de 72h).

16,41 % (n=53) des AEV sexuels de l'étude ont concerné des mineurs.

Entre 2015 et 2016, les variations des proportions de victimes majeures et mineurs (augmentation pour les adultes, diminution pour les mineurs) n'ont pas été significatives (tableau 16).

Tableau 16: Nombre de viols

	Part des viols parmi AEV sexuels					
	2015		2016		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
AEV sexuel						
hors agression	111	72.5	115	67.6	226	70.0
viols	42	27.5	55	32.4	97	30.0
Total	153	100.0	170	100.0	323	100.0
Viol						
sur majeur	18	42.9	32	58.2	50	51.5
sur mineur	24	57.1	23	41.8	47	48.5
Total	42	100.0	55	100.0	97	100.0

source : COREVIH Guyane — AEV sexuels; CH de Cayenne; 2015-2016

Tableau 17: Part des viols par sexe et par âge

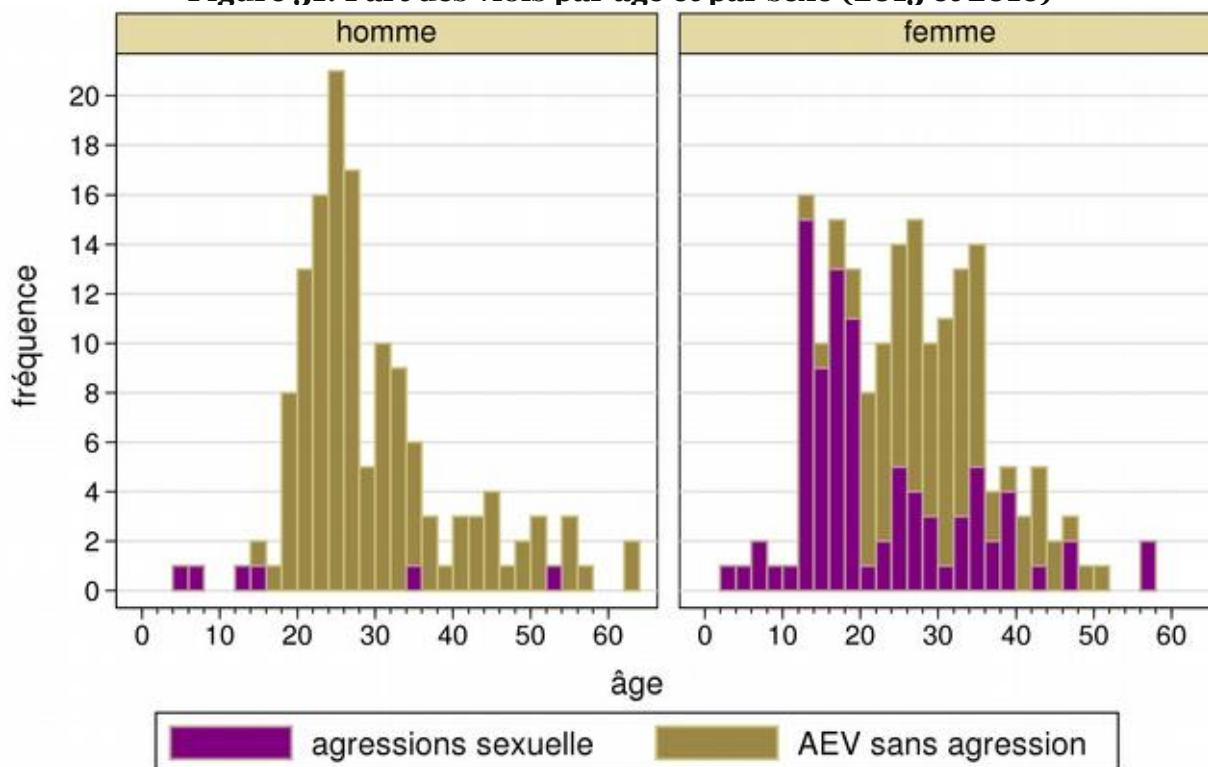
	AEV sexuel		p [chi2]
	viols		
	No.	%	
sexe *			
homme	6	4.3	0.000
femme	90	49.5	
Total	96	30.0	
catégorie d'âge			
>= 18 ans	50	18.5	0.000
< 18 ans	47	88.7	
Total	97	30.00	

* un patient transgenre

En revanche, la proportion de viol déclarés différait selon le sexe : elle a concerné presque la moitié des femmes contre une minorité d'hommes (tableau 12).

Parmi les mineurs, environ 9/10 avaient consulté dans un contexte de viol déclaré ; contre moins d'un quart pour les adultes (tableau 17 et figure 31).

Figure 31: Part des viols par âge et par sexe (2015 et 2016)



source : COREVIH Guyane | AEV sexuels; CH de Cayenne; 2015-2016

Parmi les femmes, celles nées sur les sols français et brésiliens se sont présentées comme victime de viol dans une proportion supérieure à la moyenne; inversement, les femmes nées en République dominicaine et au Surinam ont moins souvent déclaré d'agressions (tableau 18).

Les femmes au régime général se sont dites plus souvent victimes de viols ; davantage que celles sans droit ou bénéficiaires de l'AME (tableau 18).

Tableau 18: Proportions de viols chez les femmes, selon le pays de naissance et la couverture maladie

	Femmes		p [fisher]
	n. viol / n. AEV sexuel		
	No.	%	
pays de naissance			
France	52 / 83	61.18	0.000
Haïti	10 / 19	52.63	
Brésil	12 / 17	70.59	
Surinam	1 / 7	14.29	
Guyana	6 / 21	28.57	
Rép. dominicaine	3 / 25	12.00	
autre	6 / 10	46.15	
Total	90 / 182	48.13	
couverture sociale			
aucune	18 / 49	36.00	0.008
régime général	32 / 54	56.14	
AME	2 / 12	16.67	
CMU	28 / 55	50.91	
NR	10 / 12	76.92	
Total	90 / 182	48.13	

Tableau 19: Viols : effectifs comparés UMJ / forces de l'ordre (2015-2016)

	catégorie d'âge					
	mineurs		majeurs		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
population						
(a) AEV, CH Cayenne	47	48.45	50	51.55	97	100.00
(b) forces de l'ordre, 973*	228	68.47	105	31.53	333	100.00
ratio (a) / (b)	$\frac{1}{4.85}$		$\frac{1}{2.10}$		$\frac{1}{3.43}$	
ratio (a) / (b)	20.61%		47.62%		29.13%	
P-value (chi2) = 0.000						

* source : plateforme ouverte des données publiques françaises (data.gouv.fr) ; données pour l'ensemble de la Guyane

Les chiffres des AEV admis au CHC, ont été inférieurs à ceux des plaintes relevées par les forces de l'ordre pour l'ensemble du département sur la même période (tableau 19).

En terme d'incidence moyenne, cela revient à :

- 1,87 viols / 10⁴ hab. de Guyane / an donnant lieu à un recours au CH de Cayenne

- 7,35 viols / 10⁴ hab. de l'agglomération de Cayenne / an donnant lieu à un recours au CH de Cayenne (communauté d'agglomération du centre littoral, donnée INSEE 2015)
- 6,40 viols / 10⁴ hab. / an donnant lieu à un dépôt de plainte auprès des forces de l'ordre

Au niveau départemental, cette incidence a pu être déclinée par tranches d'âge :

Tableau 20: Incidence des consultations pour viol rapportées à la population générale

incidence (10 ⁴ / an)				incidence (10 ⁴ / an)	
âge	2015	2016	2015-2016	âge	2015-2016
0-15	1,52	1,76	1,64	< 18 ans	1,64
15-30	2,87	4,72	3,79	≥ 18 ans	3,79
30-45	1,89	1,32	1,6	total	1,6
45-60	0,56	1,11	0,84		
60-75	0,00	0,68	0,34		
>75	0,00	0	0		
total	1,66	2,18	3,84		

* d'après données INSEE 2014

* d'après données INSEE 2012

NB : les effectifs par tranches d'âge ne sont disponibles que pour les données INSEE 2014 ; pour les groupes mineurs/majeurs, il est nécessaire de calculer à partir des données INSEE 2012. La donnée la plus récente (2015) ne donne que l'effectif total de la population guyanaise.

Discussion

Bien que limitée aux expositions sexuelles, cette évaluation des des AEV et de leur prise en charge est la première de cette envergure au CH de Cayenne. Par ailleurs, peu d'études similaires sont publiées. Comme toute étude rétrospective, de nombreux biais et limites viennent en diminuer la portée. Néanmoins, elle peut mener à une discussion intéressante sur plusieurs points développés ci-après.

I. Qualité de la prise en charge des AEV sexuels au CH de Cayenne

a) Une surveillance imparfaite et éclatée

Le COREVIH de Guyane, à qui revient la responsabilité de « *la mise en place et de l'évaluation du dispositif de prévention et de prise en charge des accidents d'exposition* » (selon les termes du rapport Yeni, p.316 (37)), ne relevait jusqu'à présent pour son rapport annuel que les AEV vus en consultation à l'HDJ-A, avec pour seul indicateur relevé le nombre de recours. Les patients uniquement suivis en filière pédiatrique (n=37 soit 11,46 % des AEV sexuels sur la période 2015-2016) et les patients ayant consulté initialement au SAU ou à l'UMJ et ayant été perdus de vue immédiatement (n=85 soit 26,31 %) n'étaient pas pris en compte avant ce travail.

Actuellement, pour chaque secteur :

- l'UMJ tient le compte de ses prises en charge pour agression sexuelle pour son propre rapport d'activité. Sur demande auprès du secrétariat, il est possible d'obtenir en quelques jours le détail par catégorie d'âge (plus ou moins de 16 ans) et par délai de consultation (plus et moins de 72h)

- le secrétariat de l'HDJ-A ne tient plus le décompte des consultations pour AEV depuis 2014

- en pédiatrie : le compte des dossiers papier n'est pas fait; les dossiers en cours sont dans le bureau médical de l'hôpital de jour, les dossiers clôturés sont archivés au secrétariat de consultation

- aux urgences : le codage des AEV comme diagnostic de sortie n'est pas uniformisé (fig. 10) et se répartit entre les codes Z20.2, Z20.5, Z20.6, Z20.9 ; le code Z20.9 ne distinguant pas les AEV professionnels et sexuels.

b) Une tendance à la hausse des recours

Certaines années, aucune donnée n'était disponible. La baisse importante observée en 2014 questionne de la fiabilité du recueil cette année-là (figure 15)

Pour 2015 et 2016, le différentiel de plus de 50 %, entre le compte établi selon la

méthode appliquée jusqu'alors (nombre de recours vus en HDJ-A) et le compte se voulant exhaustif de cette étude, soutient l'idée que la surveillance des AEV par le COREVIH était loin d'être exhaustive.

La tendance à la hausse qui semble se produire entre les années précédentes et 2015-2016 pourrait être artificielle et liée à la sous-estimation passée.

Cependant, 2 faits soutiennent l'hypothèse d'une hausse progressive des recours pour AEV sexuel : la hausse de 11,11 % entre 2015 et 2016 observée dans notre étude, et la hausse des recours pour la globalité des AEV de 2015 à 2017 à l'HDJ-A. *

c) Un circuit patient morcelé

Le circuit est morcelé entre 4 services différents.

Les pratiques sont parfois différentes (prophylaxie des infections à Chlamydiae, caractère systématique du bilan initial à JO en UMJ et pas aux urgences, délai maximal permettant une prescription d'ARV). La question de l'intérêt d'une harmonisation des pratiques peut être posée.

L'important taux de perdus de vue initial, lors de la jonction entre 2 services différents, pourrait amener à considérer la mise en place d'un système de liaison plus efficace. Un tel système existe déjà entre les urgences et l'unité des maladies infectieuses et tropicales du CH de Cayenne (UMIT) pour les consultations post-urgence d'infectiologie: tout urgentiste qui estime nécessaire qu'un patient ambulatoire soit revu par un infectiologue, dispose d'un agenda de consultation dédié aux urgences. Il remet au patient une heure de rendez-vous précise et une fiche de convocation. Ce planning est relevé par le secrétariat des consultations UMIT. Ce système semble bien fonctionner.

L'hôpital de jour pédiatrique, service le plus performant en terme de rétention, a une pratique notable : lors de la première consultation (donc la deuxième, après passage à l'UMJ), tous les rendez-vous de suivi (J15, J30, M2, M4) sont remis d'emblée. Ainsi, la secrétaire est autonome pour reconvoquer les enfant n'ayant pas honoré un rendez-vous à chacune des dates suivantes, évitant de les perdre définitivement pour un seul manquement.

* Le compte des dossiers suivis en HDJ-A pour 2017 ne faisait pas partie des objectifs initiaux de l'étude. Il a été fait secondairement, sans entrer dans le détail des types d'AEV, uniquement pour tenter documenter une hausse éventuelle des recours (les cliniciens de l'HDJ-A avaient la nette impression d'une majoration de cette activité au cours des dernières années).

d) Une rétention très faible

Le taux de perdus de vue précoce dès H48-72 s'élève à 37,1 % tous services confondus.

Dans 54,70% des cas (n=64/117), l'indication de TPE avait donné lieu à la délivrance d'un kit ARV d'urgence. Ainsi les interruptions précoces de traitement étaient fréquentes.

Le taux de suivi complet global (AEV traités et non traités) était de 6,19 %, ce qui est très faible par rapport à ce que l'on relève dans la littérature (exemples :Strasbourg : 30 %; Bruxelles : 60 %; Toulouse 25 % - cf. annexe 1) ; cette faible rétention permet ni d'estimer le taux de TPE menés à termes, ni d'évaluer correctement la tolérance du traitement, et encore moins de considérer sérieusement l'absence de séroconversion documentée.

Dans la littérature, un rapport transactionnel ou la délivrance de la prophylaxie (versus AEV non traités) ont été relevés comme facteurs associés à un meilleur taux de suivi complet (79).

La qualité des données a été une des limites de ce travail. Pour le suivi : il a été recherché dans CORA° les dates des consultations correspondant approximativement à J0, H48-72, J15, J30, M2 et M4. Que les AEVs aient été traités ou non. Or les modalités, notamment la chronologie des consultations, n'étaient pas identiques selon les recommandations en vigueur au moment du recueil (mai-août 2017). Les nouvelles recommandations ont depuis allégé (suppression des entrevues de J30 et M2) et harmonisé le suivi (même chronologie pour les AEV professionnels et sexuels, traités et non traités).

Il est difficile d'estimer l'adhérence au TPE dans notre étude. Mais il est intéressant de redire que, dans la littérature, on recense plusieurs études montrant l'intérêt d'un accompagnement (23) (24) (25): brochures, counseling téléphonique, calendrier d'adhérence...

e) Prise en charge : éléments clés

e.1) Beaucoup de recours pour AEV sexuels en Guyane française

En rapportant les 323 recours pour AEV sexuel de cette étude à la population de la l'agglomération de Cayenne, on obtient une incidence de 12,24 AEVs / 10⁴ hab./an. Avec toutes les réserves indispensables, les calculs effectués par nos soins d'après les données de la littérature sur d'autres centres, tendent à montrer qu'il s'agit d'un recours particulièrement fréquent sur cet établissement (annexe 1).

e.2) Focalisée sur le risque de contamination par le VIH et négligeant les autres risques Infection par le VHB:

Le recours à la prophylaxie VHB était bien en deçà des recommandations (fig. 24) : seules 19 doses de vaccins ont été administrées avant 72h, 0 injection d'immunoglobulines.

Avec une prévalence du portage de l'AgHBs de 1,24 % parmi les consultants et 29,72 % de non-immunisés, le nombre de prophylaxie aurait dû osciller entre 87 (26,93%) et 150 (46,43%). En outre, 63 cas (19,51%) avaient un statut sérologique inconnu par défaut de bilan.

Grossesses non désirées

Moins de la moitié des femmes ont bénéficié d'une contraception post-coïtale, alors que plus de 85 % n'avaient pas de méthode contraceptive autre que le préservatif. Le fait que près de la moitié des observations ne mentionnent aucune interrogation du clinicien sur ce point illustre la faible considération pour ce risque, en dehors de l'UMJ, où sa prise en charge était plus systématique. Concernant l'UMJ, le chiffre avancé sous-estime très certainement la réalité : la contraception d'urgence fait partie du protocole, mais un certain nombre d'observations étaient incomplètes : la délivrance du contraceptif n'était pas clairement spécifiée et a conduit à coter comme non renseigné.

Autres IST

Il y a une sous-évaluation des IST bactériennes : seulement 16 % de PCR Chlamydiae réalisées, et 2 PCR gonocoques. Pourtant, avec 16 % de positivité pour les Chlamydiae, il serait probablement intéressant d'être plus systématique.

Un contexte global

Il n'y a à notre connaissance quasiment aucune étude sur les AEV qui relève vraiment les risques liés au VHB et aux grossesses non désirées (cf annexe 1) : la prise en charge rapportée est centrée sur le VIH et les ARV.

Cette situation est paradoxale, dans un contexte où les importants progrès réalisés dans la prise en charge des pVIH ont fait reculer la mortalité liée au VIH, au point de rendre celle liée aux hépatites virales plus importante.

e.3) Un taux élevé de retenue de l'indication de TPE

Une indication de TPE ARV a été retenue et initiée dans respectivement 87,62 % et 86,07% des cas. Ceci situe le CH de Cayenne dans les plus hauts taux de prescription (annexe 1). A titre d'exemple, au CHU de Strasbourg entre 2009 et 2013, un TPE a été délivré dans 78 % des AEV sexuels ; et dans 72,9 % des cas au CHU Bichat (Paris) entre 2006 et 2012.

Cependant, les indications sont en adéquation avec les recommandations françaises qui, considérant la Guyane comme un territoire particulier du fait de la prévalence du VIH supérieure à 1 % en population générale, préconisent de prescrire une prophylaxie en cas d'AEV sexuel avec un partenaire de statut inconnu (cf. tableaux 3 et 4).

Ainsi dans cette étude on retrouve :

- seulement 4,3 % de prescription pour un délai accident-recours supérieur à 48h
- 85,57 % (83/97) de TPE pour les viols
- 88,50 % (200/226) de TPE pour les autres AEV (dont 92 % (184/200) de source de statut inconnu et 8 % (16/200) de statut positif ou supposé positif)

e.4) Défaut dans la réalisation du bilan biologique initial – faible recours au TROD

Le taux de prescription d'un bilan sérologique initial (tableau 13) est plus faible dans le service des urgences que dans les autres. La pratique de ce bilan est pourtant partie intégrante des recommandations, et est nécessaire à l'évaluation initiale du risque, particulièrement pour le VHB. Dans la mesure où il n'y avait pas de vaccination anti-VHB aux urgences, il fallait attendre la consultation spécialisée de H48-72 pour que l'infectiologue puisse statuer sur l'intérêt de la vaccination au vu des résultats du bilan. Ceci pourrait être considéré comme une perte de chance vis-à-vis du VHB.

L'idéal serait de mener cette réflexion aux urgences. Les TROD AgHBs et Ac anti-HBs pourraient avoir tout leur intérêt dans cette indication. Il semble dommageable que des TROD VIH ne soient plus utilisés par les urgentistes.

f) Kit d'ARV d'urgence

f.1) un choix de régime discutable chez l'adulte

Le kit d'ARV disponible aux urgences et en UMJ comporte pour les adultes une trithérapie composée de 3TC / AZT / ATV/r. Concrètement, cela signifie pour le patient 3 comprimés différents, dont un à prendre 2 fois par jour. Avec en pratique de fréquentes confusions rapportées par les cliniciens de l'HDJ-A.

Par ailleurs, ce choix ne correspond pas à l'option préférentielle recommandée (Morlat 2017). Une grande proportion de ces régimes initiés en urgence est relayée dès la consultation de H48-72 en HDJ-A (figure 23 et 25). Une modification de ce choix de régime pourrait être préconisée. Dans l'idéal le TPE initial devrait comporter du ténofovir, car cette molécule pourrait éviter le recours aux Ig spécifiques, en cas de vaccination VHB immédiate chez les sujets non-immuns (80).

f.2) Un dispositif n'optimisant pas une initiation de traitement la plus précoce possible en pédiatrie

Pour les jeunes enfants, le peu d'ARV avec galénique adapté limite les choix. Avant 12 ans, les recommandations préconisent l'association zidovudine / lamivudine, associée au raltegravir (qui existe en suspension buvable) préférentiellement aux IP boostés, qui sont à considérer comme alternatives. Et parmi eux, le darunavir plutôt que le lopinavir ou le ritonavir.

Après 12 ans et au-delà de 35 kg, la première option comme chez l'adulte, est l'association TDF / FTC / RPV (pas d'AMM pour le STR mais pour la RPV seule)

Par ailleurs, il faut noter que par faute de stock d'ARV en solution disponible, la pratique de l'UMJ chez les jeunes enfants est de délivrer une ordonnance, pour que les parents aillent récupérer les médicaments en pharmacie. Cette étape supplémentaire a pu engendrer un allongement des délais avant la première prise, sans que nous ayons pu le documenter.

II. Problématiques autres

a) Un faible usage du préservatif – beaucoup de ruptures

L'étude relève environ 38 % de non utilisation du préservatif.

Ce résultat paraît plutôt honorable en comparaison à d'autres études monocentriques (annexe 1). De plus, des données collectées sur l'évolution de l'utilisation du préservatif, des habitants de la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane, montrent qu'il n'y a pas de relâchement des comportements sexuels préventifs dans ces trois départements français d'Amérique (81).

Néanmoins, l'expérience de quelques consultations AEV en HDJ-A et aux urgences, où en poussant l'interrogatoire, on peut en réalité retrouver un non-usage reconnu du préservatif (initialement dénié et présenté comme une rupture), laisse planer le doute sur la proportion réelle de patient se protégeant.

En revanche, avec 47,8 %, les ruptures ont paru très fréquentes, notamment chez les hommes. On pourrait se poser la question d'un problème d'usage, de conservation, ou bien de qualité intrinsèque. Mais il ne faut peut-être pas non plus exclure des ruptures déclarées, masquant en fait une prise de risque non avouée.

b) Inégalité de sexe

La population ayant consulté pour AEV sexuelle au CH de Cayenne en 2015 et 2016 est plus jeune, plus féminine, et très majoritairement hétérosexuelle, en comparaison de la plupart des études similaires déjà réalisées (annexe 1).

De fortes inégalités entre les sexes semblent exister : les hommes avaient une meilleure couverture maladie que les femmes (fig. 20) ; les femmes et les filles étaient souvent victimes de viols (fig. 31) ; les hommes déclarent un recours plus large au préservatif que les femmes, qui se retrouvent plus souvent que les hommes en situation de vigilance altérée (tableau 12). 1/4 des hommes étaient des consommateurs de relations sexuelles tarifées, et presque 1 femme sur 7 a déclaré avoir tarifé la relation, notamment les migrantes de République Dominicaine et du Guyana.

Par ailleurs, à plusieurs reprises durant le recueil, il a été constaté une évolution du discours entre la consultation initiale aux urgences et la suite du parcours en HDJ-A : pour plusieurs hommes, des rapports avec rupture de préservatif avec des amies, sont par la suite devenus des relations non avec des prostituées. Et pour beaucoup de femmes, des rapports avec des connaissances sont devenus des viols. Cela rejoint une notion déjà présente dans la littérature : l'interrogatoire initial sur les circonstances de l'accident et la sexualité des patients, sont vécus comme intrusifs par le consultant comme le clinicien. Ceci n'encourage peut-être pas toujours à tout dire et tout demander, alors que ces éléments sont importants pour l'évaluation du risque (82) (83).

c) Accès aux soins des populations immigrés et précaires

Plus de 40 % des consultants pour AEV sexuel étaient nés à l'étranger. Ce qui est supérieur à la part des immigrés dans la population guyanaise en 2009 : estimée à 29,7 % (derniers chiffres de l'INSEE détaillant le pays d'origine (84)). Les immigrés sembleraient donc davantage consulter pour AEVs à Cayenne. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées.

Il est possible que la part réelle des immigrés dans la population guyanaise soit sous-estimée de la part de l'INSEE. Rappelons que le gouvernement estimait en 2015 entre 30 000 à 60 000 le nombre de clandestins en Guyane (85), et que la dynamique migratoire reste très forte sur le département. On peut citer l'exemple de la croissance rapide du nombre de ressortissants de Rép. Dominicaine légalement présents : 856 en 2005, 1679 en 2015, soit un quasi doublement en 10 ans (86). Et dans notre étude, 42 %,31 des femmes dominicaines consultant pour AEV l'ont fait dans le cadre d'une relation tarifée reconnue. Combien de dominicains ou plutôt de dominicaines sans situation légale sont présents aujourd'hui ? En tout cas, elles représentent 8 % des consultants pour AEVs.

On pourrait imaginer également des prises de risques plus importantes en population d'origine immigrée.

Signalons que depuis 2017 une collaboration a été mise en place entre l'HDJ-A et l'association entre-aides pour faciliter le recours des travailleuses du sexe à la consultation AEV.

Concernant la précarité, on notera que le nombre de bénéficiaires de l'AME pris en charge pour AEVs est très faible : 13 (4,22 %). Or en 2015, ce dispositif couvrait 16 742 bénéficiaires, soit 7 % de la population guyanaise recensée (87).

d) Un faible recours des HSH au TPE

Les HSH sont très peu représentés dans notre population, en comparaison de ce que l'on peut relever dans la littérature (annexe 1). On peut supposer que cela est un reflet de la population des pvVIH de Guyane, qui se distingue de la métropole par une plus faible représentation des contaminations par relation homosexuelle masculines.

e) La problématique des agressions sexuelles :

e.1) Forte incidence

Notre étude a enrôlé tous les consultants pour AEV sexuels et retrouve 30 % de viols, ce qui se situe parmi les chiffres élevés, comparé à la littérature (36 % pour McDougal (88), 25 % pour Rabaud (89)) (cf. annexe 1).

Avec une prévalence de 5 / 10⁴ habitants, la Guyane est (d'après les données des plaintes déposées chez les forces de l'ordre), le département français où sont commis le plus de viols et le plus de viols sur mineur, comme s'en est fait tristement l'écho le Figaro en janvier 2017 (90). Nos chiffres sont inférieurs à ceux des plaintes déposées. Mais les

chiffres des forces de l'ordre correspondent à des plaintes déposées pour des agressions remontant parfois à plusieurs années, faussant ainsi l'estimation de l'incidence réelle.

e.2) Capacités de l'UMJ à répondre aux besoins en matière d'agression sexuelle ?

Rappelons que la seule unité médico-judiciaire de Guyane se situe à Cayenne. C'est le centre de référence pour la prise en charge des agressions sexuelles sur le plan médico-légal, et elle est censée couvrir de son activité la totalité d'un territoire vaste comme la Portugal.

Or sur la période 2015-2016, elle a pris en charge plus de 3 fois moins d'agression sexuelle qu'il n'y a eu de plainte déposée auprès des forces de l'ordre, et près de 5 fois moins pour les mineurs. On peut se demander si les personnes venues porter plainte auprès des forces de l'ordre et redirigées vers l'UMJ n'ont pas été « perdues de vue » en chemin, à fortiori lorsque ces personnes vivaient loin de Cayenne.

Au vu de ces chiffres, la question de la capacité de l'UMJ à répondre à cette mission précise se pose, en l'état actuel, de ses moyens, notamment au niveau des communes et territoires isolés.

Après échange avec le responsable de la maison des adolescents de l'ouest guyanais, M. Launay Jean-François, il semble qu'une des difficultés pour les mineurs serait de témoigner dans des délais courts. Il y aurait beaucoup de « couacs » entre la gendarmerie et l'hôpital de Saint-Laurent, en plus des difficultés d'accès à l'UMJ de Cayenne.

Actuellement, un groupe de travail interne au CHOG travaille à la mise en place d'un protocole de prise en charge des violences y compris sexuelles. L'objectif est d'améliorer le parcours global des victimes.

III. Limites et forces de l'étude

a) Limites

a.1) Etude rétrospective - qualité des données et données manquantes

Comme toute étude rétrospective, de nombreux et sérieux biais viennent en limiter la portée. Une des principales conséquences a été le nombre important de données manquantes, le recueil étant soumis à l'exhaustivité inégale des dossiers médicaux.

Tableau 21: données manquantes

Certaines informations pourtant capitales dans l'évaluation, notamment initiale, sont fréquemment non rapportées. Le tableau ci-contre reporte le pourcentage de données manquantes de diverses variables.	variable	données manquantes (%)
	date du dernier dépistage VIH	80,80
	l'utilisation ou non d'une méthode contraceptive	69,87
	la délivrance d'une contraception d'urgence	54,49
	type de rapport	51,39
	délai entre l'exposition et la consultation initiale	31,58
	s'il s'agissait d'une relation commerciale	18,58
	relation hétéro ou homosexuelle	5,88

a.2) Etude monocentrique

Ces résultats ne reflètent pas la prise en charge des AEV sexuels en Guyane, mais seulement au CH de Cayenne, à l'exclusion des centres de santé des communes qui y sont pourtant rattachés. Nous ne pouvons tirer aucune conclusion sur la qualité de la prise en charge à Kourou, à Saint-Laurent du Maroni ou sur les communes des fleuves.

a.3) Limitée aux AEV sexuels

Cette étude, bien que limitée aux AEV sexuels, fait émerger émerger la pertinence d'une étude complémentaire sur la gestion des AEV survenant chez les professionnels de santé.

Les résultats de l'étude précédente (non publiée) limitée au service des urgences de Cayenne en 2015, avait déjà montré le fossé entre le nombre de consultation aux urgences pour ce type d'accident (n=66, dont 18 avec retenue de l'indication de TPE), et le nombre d'AEV professionnel déclarés sur le CH de Cayenne et suivis en médecine du travail (n=23). Or, nous savons désormais avec la présente étude qu'en 2015, c'est bien au moins n=101 AEV professionnels qui ont eu au moins un contact avec le circuit de prise en charge.

Quant à la question du nombre réel d'AEV professionnel se produisant sur l'établissement, elle reste entière.

a.4) Petits effectifs

La population de l'étude est de taille modeste. Il en résulte que pour certaines analyses en sous-groupes, les effectifs sont parfois faibles et l'interprétation discutable (tableau 13).

a.5) Un taux de perdu de vu très important biaisant l'analyse des variables de suivi

Le taux de perdu de vue est tel que les analyses de variables décrivant le suivi dans le temps deviennent peu informatives. Quel sens à un résultat comme « absence de séroconversion documentée », quand le taux de suivi complet plafonne à 6,19 %? Quel sens à un résultat comme « interruption précoce du traitement dans 8,36 % des cas », quand à M1 seulement, 18,30 % des patients sont encore dans le circuit ?

b) Forces

b.1) Première évaluation du dispositif de surveillance des AEV en Guyane française

Cette étude est à notre connaissance la première évaluant de manière détaillée une partie du circuit de prise en charge des AEV. Comme dit plus haut, l'évaluation du circuit des AEV n'est pas opérationnelle au CH de Cayenne à l'heure actuelle. Un préalable à toute proposition de revisitation des protocoles pourrait être d'organiser cette surveillance, afin de mesurer l'impact des mesures éventuellement prises. Par ailleurs, peu d'études de ce type sont publiées en France.

b.2) Mise en lumière de la sous-évaluation du risque de contamination par le VHB

Il a été mis en lumière que le risque de contamination par le VHB est largement sous-estimé, et souvent non pris en charge. Pourtant, cette prophylaxie semble abordable : consultation du statut vaccinal, sérologie VHB, vaccination, rares indications d'immunoglobulines (uniquement en cas de sujet source connu porteur de l'AgHBs).

b.3) L'occasion de relancer une discussion sur l'organisation du circuit AEV à Cayenne

Lors du congrès 2017 de la SFLS, le Pr Casalino a fait une intervention intitulée « AEV aux Urgences: Un projet qualité transversal » (91). Il a fait remarquer que si des données existent sur la prise en charge des AEV en service d'urgences, il y en a moins sur l'ensemble de la filière. La prise en charge des AEV étant par nature transversale, en optimiser la qualité requiert un travail d'équipe entre les différents acteurs, en s'appuyant sur les référentiels et l'analyse d'indicateurs de performances communes (proportion de patients traités, vus en cours de traitement et aux diverses étapes du suivi ultérieur). Enfin, il a insisté sur l'importance de l'information délivrée aux patients.

Aujourd'hui, plusieurs éléments semblent propices à une revisite du projet AEV sur le CHAR :

- mises à jour toutes récentes des recommandations (septembre 2017), avec quelques changements notables (80)
- mobilisation des acteurs de soins et réflexion pluridisciplinaire. Dans le même temps dans l'ouest guyanais, un groupe de travail planche sur une amélioration globale du circuit de prise en charges des victimes de violences notamment sexuelles
- avec cette étude, on dispose d'une évaluation approfondie pour les expositions sexuelles, permettant de relever des indicateurs de performances/qualité amenant à comparer notre projet à d'autres études publiées. L'absence de traitement du versant des expositions professionnelles ouvre la porte à une étude spécifique.

IV. Conclusion

Pour conclure, on peut revenir sur certains points-clés que mets en lumière ce travail :

1. **Une singularité de la population guyanaise consultant pour AEV sexuel** : un motif de consultation relativement fréquent, concernant un public fortement hétérosexuel, avec inégalités entre sexes marquée, et une forte incidence des violences sexuelles, notamment sur les mineurs
2. **Un respect des recommandations de bonnes pratiques, en matière de prophylaxie post-exposition au risque viral, à améliorer** : on peut retenir certains point particuliers pour chaque acteur :

Urgences:	-bilan biologique avec sérologie systématique -recours plus larges aux TROD -meilleure gestion du stock de kit de démarrage -recours à la contraception post-coïtale
UMJ:	-envisager la possibilité d'avoir un kit de démarrage d'ARV en suspension buvable -améliorer la liaison avec l'HDJ-pédiatrique
HDJ-adulte:	-vaccination VHB systématique dans les 72h en cas de risque chez un patient non immunisé -recours à la contraception post-coïtale
HDJ-pédiatrique:	-améliorer la liaison avec l'UMJ
COREVIH :	-améliorer la surveillance du circuit -réaliser une évaluation des AEV professionnels
Pharmacie d'établissement:	-reconsidérer le choix d'ARV des kit de démarrage à la lumière des recommandations et de la particularité de la Guyane -mettre la vaccination anti-VHB à disposition aux urgences

3. **Une cascade de soin médiocre** : beaucoup de patients sont perdus de vus précocement, mettant en péril l'efficacité du traitement, et questionnant par là-même le déploiement du circuit de prise en charge dans son ensemble, avec tous ses acteurs.
4. **Une offre médico-judiciaire centralisée**, probablement peu à-même de répondre aux défis du territoire en la matière.

Références bibliographiques

1. Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (CMIT). Le Popi - 2012. Paris: Vivactis Plus; 2012. 460 p.
2. Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. *Am J Med.* 19 mai 1997;102(5B):9-15.
3. Otten RA, Smith DK, Adams DR, Pullium JK, Jackson E, Kim CN, et al. Efficacy of post-exposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2). *J Virol.* oct 2000;74(20):97
4. Tsai CC, Follis KE, Sabo A, Beck TW, Grant RF, Bischofberger N, et al. Prevention of SIV infection in macaques by (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl)adenine. *Science.* 17 nov 1995;270(5239):1197-9.
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.* mai 1998;72(5):4265-73.
6. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med.* 3 nov 1994;331(18):1173-80.
7. Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P, Sint TT. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 6 juill 2011;(7):CD003510.
8. OMS, others. Utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson. 2012 [cité 29 août 2017]; Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70891/1/WHO_HIV_2012.6_fre.pdf
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. *N Engl J Med.* 20 nov 1997;337(21):1485-90.
10. CDC. Public Health Service Guidelines for the Management of Health-Care Worker Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR.* 1998; (47(No. RR-7)):1-28.
11. Young TN, Arens FJ, Kennedy GE, Laurie JW, Rutherford G w. Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure. *Cochrane Database Syst Rev.* 24 janv 2007;(1):CD002835.
12. Ford N, Irvine C, Shubber Z, Baggaley R, Beanland R, Vitoria M, et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. *AIDS.* nov 2014;28(18):2721-7.

13. CDC. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to hiv in the united states | recommendations from the u.s. department of health and human services [Internet]. 2005 janv [cité 24 mai 2017]. Disponible sur: <https://francais.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5402a1.htm>
14. Management of possible sexual, injecting-drug-use, or other nonoccupational exposure to HIV, including considerations related to antiretroviral therapy. Public Health Service statement. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep. 25 sept 1998;47(RR-17):1-14.
15. Schechter M, do Lago RF, Mendelsohn AB, Moreira RI, Moulton LH, Harrison LH, et al. Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr. 2004;35(5):519-525.
16. Beltrami EM, Luo C-C, de la Torre N, Cardo DM. Transmission of drug-resistant HIV after an occupational exposure despite postexposure prophylaxis with a combination drug regimen. Infect Control Hosp Epidemiol. juin 2002;23(6):345-8.
17. Hawkins DA, Asboe D, Barlow K, Evans B. Seroconversion to HIV-1 following a needlestick injury despite combination post-exposure prophylaxis. J Infect. juill 2001;43(1):12-5.
18. Roland ME, Neilands TB, Krone MR, Katz MH, Franses K, Grant RM, et al. Seroconversion Following Nonoccupational Postexposure Prophylaxis against HIV. Clin Infect Dis. 15 nov 2005;41(10):1507-13.
19. Jochimsen EM. Failures of zidovudine postexposure prophylaxis. Am J Med. 19 mai 1997;102(5B):52-55; discussion 56-57.
20. Bryant J, Baxter L, Hird S. Non-occupational postexposure prophylaxis for HIV: a systematic review. Health Technol Assess Winch Engl. févr 2009;13(14):iii, ix-x, 1-60.
21. Herida M, Larsen C, Lot F, Laporte A, Desenclos J-C, Hamers FF. Cost-effectiveness of HIV post-exposure prophylaxis in France. AIDS Lond Engl. 22 août 2006;20(13):1753-61.
22. Guinot D, Ho MT, Poynten IM, McAllister J, Pierce A, Pell C, et al. Cost-effectiveness of HIV nonoccupational post-exposure prophylaxis in Australia. HIV Med. avr 2009;10(4):199-208.
23. Roland ME, Neilands TB, Krone MR, Coates TJ, Franses K, Chesney MA, et al. A randomized noninferiority trial of standard versus enhanced risk reduction and adherence counseling for individuals receiving post-exposure prophylaxis following sexual exposures to HIV. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 1 juill 2011;53(1):76-83.
24. Bentz L, Enel P, Dunais B, Durant J, Poizot-Martin I, Tourette-Turgis C, et al. Evaluating counseling outcome on adherence to prophylaxis and follow-up after sexual HIV-risk exposure: a randomized controlled trial. AIDS Care. 1 déc 2010;22(12):1509-16.
25. Abrahams N, Jewkes R, Lombard C, Mathews S, Campbell J, Meel B. Impact of telephonic psycho-social support on adherence to post-exposure prophylaxis (PEP) after rape. AIDS Care. oct 2010;22(10):1173-81.

26. Lee C, Gong Y, Brok J, Boxall EH, Gluud C. Effect of hepatitis B immunisation in newborn infants of mothers positive for hepatitis B surface antigen: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 11 févr 2006;332(7537):328-36.
27. Chiang C-J, Yang Y-W, You S-L, Lai M-S, Chen C-J. Thirty-year outcomes of the national hepatitis B immunization program in Taiwan. *JAMA*. 4 sept 2013;310(9):974-6.
28. Grady GF, Lee VA, Prince AM, Gitnick GL, Fawaz KA, Vyas GN, et al. Hepatitis B immune globulin for accidental exposures among medical personnel: final report of a multicenter controlled trial. *J Infect Dis*. nov 1978;138(5):625-38.
29. Prince AM, Szmuness W, Mann MK, Vyas GN, Grady GF, Shapiro FL, et al. Hepatitis B immune globulin: final report of a controlled, multicenter trial of efficacy in prevention of dialysis-associated hepatitis. *J Infect Dis*. févr 1978;137(2):131-44.
30. Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné.
31. Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique.
32. Morlat P (dir). Prise en charge des accidents d'exposition au sang et sexuelle chez l'adulte et l'enfant | Rapport Morlat 2013. [Internet]. Vol. chapitre 14. Paris: La documentation française; 2013. 391-408 p. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/rapport-2013-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-vivant-avec-le-vih.html>
33. Floret N, Abiteboul D, Ayzac L, Bervas C, Bouvet E, Jarno P, et al. Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français | Résultats AES-Raisin 2013-2014. *soins*. 2013;2009(1):2.
34. InVS. Vaccinations chez les soignants des établissements de soins de France, 2009 | Couverture vaccinale, connaissances et perceptions vis-à-vis des vaccinations [Internet]. 2009 [cité 19 sept 2017]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7347
35. Florence Lot, Dominique Abiteboul, roupe d'étude sur le risque d'exposition au sang (Geres). Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé Situation au 31 décembre 2009. [cité 22 mars 2017]; Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=63
36. Ariane Baudu, Florence Lot, Dominique Abiteboul, François L'Hériteau, Sylvie Touche, Marine Giard, et al. Suivi des accidents exposant au sang chez les professionnels de santé non immunisés et exposés au VHB, 2005-2007 (France). *BEH*. 27 sept 2011;(35-36):391.
37. Yeni P. (dir.). Prise en charge médicale des personnes infectées par la VIH: rapport 2006, recommandations du groupe d'experts. Paris: Médecines-sciences Flammarion; 2006.
38. Rouveix E, Bouvet E, Vernat F, et al. Vers une amélioration du recueil des expositions accidentelles à risque viral par les COREVIH? *Med Mal Infect*. 2014;(44):112-6.

39. Etude pilote réalisée dans les établissements des territoires des corevih île de France ouest & nord [Internet]. 23 e Journée annuelle du GERES; 2013 déc 6 [cité 24 févr 2018]; Paris. Disponible sur: <http://www.corevih-idfnord.fr/documents/soirees/enquete-sur-la-prise-en-charge-des-AEV-COREVIH-IDF-UEST-ET-NORD-G-Pellisier.pdf>
40. Public health service statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine postexposure use. *Can Dis Wkly Rep Rapp Hebd Mal Au Can.* nov 1990;16 Suppl 2:4-13.
41. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Zidovudine for the prevention of HIV transmission from mother to infant. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 29 avr 1994;43(16):285-7.
42. Satcher D, Director CDC. Case-Control Study of HIV Seroconversion in Health-Care Workers After Percutaneous Exposure to HIV-Infected Blood—France, United Kingdom, and United States, January 1988–August 1994. 1994 [cité 23 mai 2017]; Disponible sur: <https://www.cdc.gov/Mmwr/PDF/wk/mm4450.pdf>
43. Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, Auerbach JD, Veronese F, Struble KA, et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep.* 21 janv 2005;54(RR-2):1-20.
44. 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 - APHP DAJ [Internet]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgsdhprt-n-81-du-25-septembre-1995-relative-aux-mesures-de-prevention-de-la-transmission-du-virus-de-limmunodeficiency-humaine-chez-les-professionnels-de-sante-et-la-cond/>
45. Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH [Internet]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-16/a0161057.htm>
46. Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS/SD6 A n° 2003-165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH [Internet]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-23/a0231611.htm>
47. WHO - 2007 - Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection.pdf [Internet]. [cité 19 sept 2017]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43838/1/9789241596374_eng.pdf
48. WHO. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV [Internet]. 2014 [cité 22 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298964/>
49. David Rey et le groupe d'experts VIH 2016. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Actualisation 2016 du rapport 2013 - diaporama | AES [Internet]. Congrès de la SFLS présenté à; 2016 oct 7 [cité 16 janv 2017]. Disponible sur: http://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2016/10/ExpertsVIH_SFLS_07-10-2016.pdf

50. SFLS. Referentiels EPP / AEV [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/DPC/Referentiels-criteres/referentiels_epp_aes.pdf
51. InVS. Point épidémiologique – Découvertes de séropositivité VIH et de sida en 2017 [Internet]. 2017 mars [cité 7 août 2017]. Disponible sur: http://invs.santepublique-france.fr/content/download/135287/485871/version/4/file/SurveillanceVIHSi-da2003_2015.pdf
52. Morlat P (dir). Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. [Internet]. Paris: La documentation française; 2013. 478 p. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/rapport-2013-sur-la-prise-en-charge-medecale-des-personnes-vivant-avec-le-vih.html>
53. Réseau Périnatal 973. Rapport d'exploitation annuelle du Registre d'Issue de Grossesse Informatisé 2015 [Internet]. [cité 11 avr 2017] p. 2015. Disponible sur: http://www.mdr-973.fr/reseau-perinat/espace-professionnels/theses-articles-et-documents/rapports-du-reseau-perinat-guyane/item/download/400_9441bb0093517b21f6198boab7ef76f1
54. Bulletin de veille sanitaire — N° 3 / Décembre 2016 / IST-VIH | CIRE Antilles-Guyane. Bull Veille Sanit - Cire Antill-Guyane [Internet]. déc 2016 [cité 22 mars 2017];(3). Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/132671/474926/version/60/file/bvs_ag_2016_03.pdf
55. Morlat P (dir). Epidémiologie de l'infection à VIH en France | Rapport Morlat, actualisation 2017 [Internet]. Paris: La documentation française; 2017 [cité 23 nov 2017]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf
56. World Health Organization, World Health Organization, Global Hepatitis Programme. Global hepatitis report, 2017 [Internet]. 2017 [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1>
57. Santé Publique France, CIRE Antilles-Guyane. Bulletin de veille sanitaire — N° 2 / mai-juin 2017 / Spécial Hépatites B et C. juin 2017;
58. Ott JJ, Stevens GA, Groeger J, Wiersma ST. Global epidemiology of hepatitis B virus infection: New estimates of age-specific HBsAg seroprevalence and endemicity. *Vaccine*. mars 2012;30(12):2212-9.
59. Inc GI, Berger DS. Infectious Diseases of Suriname: 2017 edition. GIDEON Informatics Inc; 2017. 279 p.
60. données personnelles Dr MacDonald - Ottevanger, Dr Vreden et Pr Prins.
61. Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Sperle I, World Health Organization, Global Hepatitis Programme, World Hepatitis Alliance, et al. Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO member states [Internet]. 2013 [cité 21 sept 2017]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85397/1/9789241564632_eng.pdf

62. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais - 2017. Bol Epidemiológico [Internet]. 2017 [cité 18 sept 2017]; Disponible sur: http://www.aids.gov.br/system/tfd/pub/2017/64626/boletim_hepatites_virais2017_pdf_25238.pdf?file=1&type=node&id=64626&force=1
63. Universidade de Pernambuco. Núcleo de Pós-Graduação, Pereira LMMB, Ximenes RAA, Moreira RC. Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil. 2010;295.
64. Carvalho JR de, Portugal FB, Flor LS, Campos MR, Schramm JM de A. Método para estimação de prevalência de hepatites B e C crônicas e cirrose hepática - Brasil, 2008. Epidemiol E Serviços Saúde. déc 2014;23(4):691-700.
65. de Moraes JC, de Almeida Ribeiro MCS, Simões O, de Castro PC, Barata RB. Qual é a cobertura vacinal real? Epidemiol E Serviços Saúde. 2003;12(3):147-153.
66. Rede interagencial de informações para saúde - RIPSAs. Cobertura vacinal - Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2006 [Internet]. 2006 [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>
67. Carles G, Folie V. Rapport d'activité du service de gynécologie-obstétrique du Centre hospitalier de l'ouest Guyanais. Centre Hospitalier Franck Joly; 2013.
68. Mahamat A, Louvel D, Vaz T, Demar M, Nacher M, Djossou F. High Prevalence of HBsAg during Pregnancy in Asian Communities at Cayenne Hospital, French Guiana. Am J Trop Med Hyg. sept 2010;83(3):711-3.
69. W. S Ollet, J-M. W Ojcik, J-M. Fontanella, J-L. C Elton, F. Djossou. Séroprévalence de l'hépatite B à l'incarcération au centre pénitentiaire de Cayenne. Etude prospective de janvier 1999 à septembre 2004 inclus. Bull Soc Pathol Exot. 2005;98(1):57-71.
70. CIRE Antilles Guyane, DDASS de Guyane, Conseil Général de Guyane, InVS. La couverture vaccinale en Guyane en 2000 [Internet]. [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2002/couv_vaccin_guyane/r_couv_vaccin_guyane.pdf
71. CIRE Antilles-Guyane. Bulletin de veille sanitaire — N° 5 / Mai 2011. BVS [Internet]. mai 2011 [cité 18 sept 2017]; Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/9042/65573/version/4/file/bvs_ag_2011_05.pdf
72. Simonnet C., Meynard J.B., Queuche F. , Morvan J. Evaluation de la prévalence des marqueurs de l'hépatite B, Guyane, 2006 [Internet]. Institut Pasteur de la Guyane, Cayenne, France; 2006 [cité 11 avr 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2007/jvs_2007/posters%20invs/P37.pdf
73. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson J-M, et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. J Med Virol. avr 2010;82(4):546-55.
74. InVS. Incidence et modes de transmission de l'hépatite B aiguë diagnostiquée en France, 2012-2014. Bull Epidemiol Hebd [Internet]. [cité 20 sept 2017];(N° 13-14-17 mai 2016). Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/13-14/pdf/2016_13-14.pdf

75. Talarmin A, Kazanji M, Cardoso T, Pouliquen JF, Sankale-Suzanon J, Sarthou JL. Prevalence of antibodies to hepatitis A, C, and E viruses in different ethnic groups in French Guiana. *J Med Virol.* août 1997;52(4):430-5.
76. Mac Donald-Ottevanger MS, Vreden S, van der Helm JJ, van de Laar T, Molenkamp R, Dams E, et al. Prevalence, determinants and genetic diversity of hepatitis C virus in the multi-ethnic population living in Suriname. *Virology.* déc 2016;499:114-20.
77. David Perat. Prise en charge des Accidents d'Exposition au risque Viral aux urgences du centre hospitalier de Cayenne - Année 2015. 2015 mars 31; Cayenne, centre hospitalier André Rosemon.
78. 259 865 habitants au 1er janvier 2015 - Insee Flash Guyane - 76 [Internet]. [cité 26 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3291260>
79. Gantner P, Treger M, De Miscault C, Batard M-L, Bernard-Henry C, Cheneau C, et al. Predictors of Standard Follow-Up Completion after Sexual Exposure to HIV: Five-Year Retrospective Analysis in a French HIV-Infection Care Center. *PLOS ONE.* 2015;10(12):1-9.
80. Morlat P (dir). Prise en charge des accidents d'exposition au sang et sexuelle chez l'adulte et l'enfant | Rapport Morlat, actualisation 2017 [Internet]. Paris: La documentation française; 2017 [cité 23 nov 2017]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf
81. Sandrine Halfen, Nathalie Lydié, Maxime Esvan, Kevin Diter. Connaissances, opinions et utilisation des préservatifs dans la population générale adulte de Guadeloupe, Martinique et Guyane: évolutions 2004-2011 | Numéro thématique. Comportements à risque et prévention dans des populations particulièrement exposées au VIH, aux IST et aux hépatites. *Bull Epidemiol Hebd* [Internet]. 26 nov 2013 [cité 3 mars 2018]; (39-40). Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9256
82. Romain, PALICH. Expériences de consultation AES chez des homosexuels séropositifs [Internet]. 2017 oct 20 [cité 15 déc 2017]; Nice. Disponible sur: http://sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/JourneesNationales/2017/presentations/SFLS2017_Vendredi_R-PALICH.pdf
83. Nicolas Charpentier et al. Freins et leviers de la prise en charge du traitement post-exposition au VIH. *SFSP « Santé Publique ».* 2016;6(28):791-9.
84. Hurpeau B. Panorama de la population immigrée en Guyane. *INSEE Antill-Guyane.* 2012;
85. Ministère de l'intérieur. Immigration outre-mer: Population étrangère en situation irrégulière (estimation) [Internet]. *Data.gouv.fr.* 2017 [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: [/fr/datasets/2014-93-immigration-outre-mer-population-etrangere-en-situation-irreguliere-estimation/](http://fr/datasets/2014-93-immigration-outre-mer-population-etrangere-en-situation-irreguliere-estimation/)
86. Comité Interministériel de Contrôle de l'Immigration (CICI). Les étrangers en France | Rapport annuel au parlement - Année 2015 [Internet]. 2016 [cité 21 févr 2018] p. 224. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Actualites/Focus/Les-etrangers-en-France-Dixieme-rapport-etabli-en-application-de-l-article-L-111-10-du-Code-de-l-entree-et-du-sejour-des-etrangers-et-du-droit-d-asile>

87. M. Claude GOASGUEN. Rapport de M. Claude Goasguen sur le projet de loi de finances pour 2017 [Internet]. N° 4125 annexe 42 oct 13, 2016. Disponible sur: [http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/budget/plf2017/b4125-tIII-a42/\(index\)/depots#P307_25745](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/budget/plf2017/b4125-tIII-a42/(index)/depots#P307_25745)
88. McDougal SJ, Alexander J, Dhanireddy S, Harrington RD, Stekler JD. Non-Occupational Post-Exposure Prophylaxis for HIV: 10-Year Retrospective Analysis in Seattle, Washington. PLOS ONE. 20 août 2014;9(8):e105030.
89. Rabaud C, Burty C, Grandidier M, Christian B, Penalba C, Béguinot I, et al. Tolerability of Postexposure Prophylaxis with the Combination of Zidovudine-Lamivudine and Lopinavir-Ritonavir for HIV Infection. Clin Infect Dis. 15 janv 2005;40(2):303-5.
90. Jean-Marc Leclerc. Un viol de mineur a lieu chaque heure en France. Le Figaro [Internet]. 8 janv 2017 [cité 19 janv 2018]; Disponible sur: <http://premium.lefigaro.fr/actualite-france/2017/01/08/01016-20170108ARTFIG00147-un-viol-de-mineur-par-heure-en-france.php>
91. Pr Enrique Casalino. AES aux Urgences: Un projet qualité transversal [Internet]. 2017 oct 20 [cité 15 déc 2017]; Nice. Disponible sur: http://sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/JourneesNationales/2017/presentations/SFLS2017_Vendredi_E-CASALINO.pdf
92. CDC. HIV Risk Behaviors. déc 2015;
93. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS. juin 2014;28(10):1509-19.
94. Schweitzer A, Horn J, Mikolajczyk RT, Krause G, Ott JJ. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. The Lancet. oct 2015;386(10003):1546-55.
95. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais - 2010. Bol Epidemiológico [Internet]. 2010 [cité 18 sept 2017]; Disponible sur: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2017/64626/boletim_hepatites_virais2017_pdf_25238.pdf?file=1&type=node&id=64626&force=1

Annexe 1 : synthèse bibliographique - repères

Synthèse bibliographique § - AEV sexuels -

réf.	schéma	lieu	durée	type d'AEV	recours (n)	population *	incidence **	âge médian (IQR) moyenne	sexe ratio % H / % F	HSH %	viols % (I)	non usage du préservatif (%)	TPE délivré % (I)	M1 (%)	M2 (%)	M3 (%)	M4 (%)	complet % (I)	échecs TPE (n/total) %	prise en charge des autres risques rapportée grossesses non désirées		
0	retrospectif	Cayenne (monocentrique)	2 ans (2015-2016)	sexuels	323	55 817	28,93	26 (20-31)	42,7 / 56,4 0,9 % transgenre	4,23%	30,0% (97)	38,39%	86,07% (278)	18,30%	12,90%	6,50%	6,19% (20)	0	0	oui		
1	retrospectif	Strasbourg (monocentrique)	5 ans (2009-2013)	sexuels	646	276 170	4,68	29 (23-36)	70 / 30	34,00%	11,0% (69)	45,00%	78% (507)					30% (194)	0	0	non	
				total	693								60,5% (419)	27,10%	28,40%							
2	prospectif	Toulouse (monocentrique)	2 ans (2000-2002)	sexuels	457	466 297	4,9	26 (1)	58,9 / 41,1	25,20%	15,2% (69)	48,3 %	68,5% (333)	29,30%					0	0	non	
				professionnel	236								47,0% (111)	22,90%	31,80%							
3	retrospectif	Bruxelles (monocentrique)	3 ans (2011-2013)	sexuels	1302	177 849	24,4	3,67 30 (25-37)	71,7 / 28,3	36,80%	15,40%	46,80%	69% (947)					60% (522)	1	0	non	
4	prospectif	Montreal (monocentrique)	3 ans 10 mois (août 2009-jul 2012)	sexuels	3547	1704(694)	5,43	2,31 34,6 (mois)	92 / 8	82,00%	2,80%	= 50 %	78% (2772)					60,00%	11	0	non	
5	retrospectif	Seattle (monocentrique)	10 ans (2000-2010)	non prof.	360	704352	0,51	0,1 30 (mois)	74 / 25 2 % transgenre	60,00%	36% (79)	53,00%	90% (324)					39,00%	2,00%	89% (287)	4 (1,2 %)	non
7	interventionnel prospectif	Rio de Janeiro (monocentrique)	3 ans (juil 2009-jul 2008)	sexuels	68	NA	NA	28 (1)	100 / 0	100,00%	-	-	34% (68)					97% (66)	11 (2,9%) dont 1 dans le groupe tpe	prévalence Ac anti-HIV rapportée	non	
8	prospectif	Paris (monocentrique)	7 ans (2006-2013)	sexuels	1851	2 206 488	4 533 837	1,2	0,58 32 (mois)	76 / 23,9	42,60%	45,70%	72,9% (1349)								non	

§ non exhaustive
* villes françaises : données INSEE 2014-2015 ; villes étrangères : wikipedia.org
** calculée par nos soins

Bibliographie.1

- COREVIT Guyane - AEV sexuels - CH de Cayenne - 2015-2016
- Gautier P, Tougar M, De Micault C, Bolard M-L, Bernard-Henry C, Cheneau C, et al. Predictors of Standard Follow-Up Completion after Sexual Exposure to HIV: Five-Year Retrospective Analysis in a French HIV-Infection Care Center. PLOS ONE. 2015;10(12):1-9.
- Fillaux J, Déjambre C, Alvarez M, Médiouge M, Massip P, Cuzin L. Prise en charge des accidents d'exposition au VIH d'origine professionnelle et sexuelle : état des lieux au centre hospitalo-universitaire de Toulouse. Médecine Mal Infect. avr 2004;34(4):159-65.
- Malinverni et al. - 2016 - Prescription of Non-Occupational Post-Exposure HIV/pdf [Internet]. [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4829160/pdf/ponse-0153021.pdf>
- Thomas R, Galanakis C, Vézina S, Longpré D, Boissonnauld M, Huchet E, et al. Adherence to Post-Exposure Prophylaxis (PEP) and Incidence of HIV Seroconversion in a Major North American Cohort. PLOS ONE. 11 nov 2015;10(11):e0142534.
- McDougal SJ, Alexander J, Dhanireddy S, Harrington RD, Stokier JD. Non-Occupational Post-Exposure Prophylaxis for HIV: 10-Year Retrospective Analysis in Seattle, Washington. PLOS ONE. 20 août 2014;9(8):e105030.
- Schwechter M, do Lago RF, Mendelsohn AB, Moreira RI, Mosilton LH, Harrison LH, et al. Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr. 2004;35(5):519-525.
- Casalino E, Choquet C, Lohu A, Hellmann R, Wargon M, Juillien G, et al. Trends in condom use and risk behaviours after sexual exposure to HIV: a seven-year observational study. PLoS One. 2014;9(8):e104350.

Annexe 2 :

Suivi biologique en cas d'AES

Exposition sexuelle

Exposition au sang

J 1-4	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Sérologie syphilis - Anti-HBs (si vacciné et titre Ac inconnu) ou Ag HBs, anti-HBc et anti-HBs (si non vacciné) - ALAT - Créatinine, test de grossesse (si indication de TPE) - PCR chlamydia et gonocoque *
S2	<ul style="list-style-type: none"> - ALAT, créatinine (si TPE et co-morbidité ou crainte de iatrogénie)
S6	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH (si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec CV détectable) - Sérologie syphilis - PCR chlamydia et gonocoque * - ALAT et ARN VHC (chez HSH ou ARN VHC+ chez sujet source)
S12	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH si TPE - Sérologie VHC (chez HSH ou ARN VHC+ chez sujet source) - Ag HBs, anti-HBc et anti-HBs (si absence d'immunité de la personne exposée, et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu)

J 1-7	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Anti-HBs (si vacciné et titre Ac inconnu) ou Ag HBs, anti-HBc et anti-HBs (si non vacciné) - ALAT - Créatinine, test de grossesse (si indication de TPE)
S2	<ul style="list-style-type: none"> - ALAT, créatinine (si TPE et co-morbidité ou crainte de iatrogénie)
S6	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH (si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec CV détectable) - ALAT et ARN VHC (chez HSH ou ARN VHC+ chez sujet source)
S12	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH * - Sérologie VHC - Ag HBs, anti-HBc et anti-HBs (si absence d'immunité de la personne exposée, et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu)

* Indications : femme < 25 ans, homme < 30 ans, ou HSH ou sujet symptomatique.
 Modalités : un à trois sites de prélèvements selon circonstances
 (NB : absence de remboursement en juin 2017 du test gonocoque)

* la sérologie VIH à S12 en l'absence de TPE n'est maintenue que du fait de son caractère réglementaire (arrêté du 1er aout 2007 dont nous recommandons la modification)

D'après le rapport Morlat, révision 2017.

Annexe 3 : CNIL - Déclaration normale n°2083142

CNIL
 3 rue de Valenciennes - 92015 - LES ULIS Paris cedex 07
 T. 01 53 71 22 22 - F. 01 53 71 22 00
 www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL
 N° d'enregistrement : 2083142

DÉCLARATION NORMALE

(Article 23 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

1 Déclarant :

Nom et prénom ou raison sociale : CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE
 Sigle (facultatif) : CHAR
N° SIRET : 269733028 00022
Code APE : 8610Z Activités hospitalières

Adresse : AVENUE DES FLAMBOYANTS
Code postal : 97300 - Ville : CAYENNE
Adresse électronique : COREVH@CH-CAYENNE.FR
Téléphone : 08 91 78 06 87
Fax : 05 94 39 53 74

2 Service chargé de la mise en œuvre du traitement (lieu d'implantation)

Nom et prénom ou raison sociale : PERAT David
 Sigle (facultatif) :
N° SIRET :
Code NAF :
Adresse : B18 RÉSIDENCE COEUR DE VILLE
Code postal : 97300 Ville : CAYENNE
Adresse électronique : DAVID.PERAT@CH-CAYENNE.FR
Téléphone : 05 94 39 50 50
Fax :

3 Finalité du traitement

Quelle est la finalité ou l'objectif de votre traitement (exemple : gestion du recrutement) :
 TRAVAIL DE RECHERCHE SUR DOSSIER DE SOINS VISANT À DÉCRIRE LE CIRCUIT DE PRISE EN CHARGE DES AEV SEXUELS (AEVS) AU CH DE CAYENNE (INCIDENCE DES AES SEXUELS, CASCADE DE SOINS, ...) DANS LE CADRE D'UNE THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Quelles sont les personnes concernées par le traitement ?

Salariés
 Adhérents
 Clients (actuels ou potentiels)
 Visiteurs
 Autres (veuillez préciser) :

Si vous utilisez une technologie particulière, merci de préciser laquelle (le cas échéant) :
 Dispositif sans contact (Ex. : RFID, NFC)
 Carte à puce
 Vidéo protection
 Autres (précisez) :

CNIL
 3 rue de Valenciennes - 92015 - LES ULIS Paris cedex 07
 T. 01 53 71 22 22 - F. 01 53 71 22 00
 www.cnil.fr

4 Données traitées

Catégories de données	Origine (comment avez-vous collecté ces données ?)	Durée de conservation (combien de temps conservez-vous les données sur support informatique?)	Destinataires (veuillez indiquer les organismes auxquels vous transmettez les données)
État-civil, Identité, Données d'identification.	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée. <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez :	Destinataires :
Vie personnelle (habitudes de vie, situation familiale, etc.)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée. <input checked="" type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez : Régime de naissance à partir du NIR inscrit dans les dossiers médicaux, mais sans relever le NIR	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input checked="" type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez :	Destinataires : Uniquement l'étudiant qui fera sa thèse sur la base de données. Groupel : base de données anonymisée.
Vie professionnelle (CV, scolarité, formation professionnelle, distinctions, etc.)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée. <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez :	Destinataires :
Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée. <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez :	Destinataires :
Données de contact (adresse IP, logs, etc.)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée. <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez :	Destinataires :
Données de localisation (déplacements, données GPS, GSM, etc.)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée. <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez :	Destinataires :

5 Données sensibles

En grisé apparaissent les données « sensibles », dont le traitement est particulièrement encadré par la loi : ces données ne peuvent être enregistrées dans un traitement que si elles sont absolument nécessaires à sa réalisation.

N° de sécurité sociale (NIR)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Infractions, condamnations, mesures de sûreté (réservé aux auxiliaires de justice)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Opinions philosophiques, politiques, religieuses, syndicales, vie sexuelle, données de santé, origine raciale ou ethnique	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input checked="" type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez : Sexualité. D'après ce qui est déjà relevé dans le dossier médical	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input checked="" type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires : Uniquement l'étudiant qui fera sa thèse sur la base de données. Rappel : base de données anonymisée.

6 Échanges de données interconexions

Procédez-vous à des échanges de données ? Non
 Oui, avec d'autres services au sein de l'organisme déclarant
 Oui, avec des organismes extérieurs au déclarant

7 Sécurité/Confidentialité

Veuillez cocher les cases correspondant aux mesures de sécurité que vous prenez :

- L'accès physique au traitement est protégé (bâtiment ou local sécurisé)
- Un procédé d'authentification des utilisateurs est mis en oeuvre (ex. : mot de passe individuel, carte à puce, certificat, signature...)
- Une journalisation des connexions est effectuée
- Le traitement est réalisé sur un réseau interne dédité (non relié à internet)
- Si des données sont échangées en réseau, le canal de transport ou les données sont chiffrés

Exemplaire à conserver - ne pas envoyer

8 Transferts de données hors de l'Union européenne

Transmettez-vous tout ou partie des données traitées vers un pays situé hors de l'Union européenne et n'assurant pas un niveau de protection suffisant (cf liste à jour de ces pays sur la carte interactive du site internet de la CNIL www.cnil.fr/voies-representation/les-transferts-de-donnees-a-l-etranger) ?

Oui Non

9 Si oui, merci de compléter l'annexe « Transfert de données hors de l'Union européenne »

9 Le droit d'accès des personnes fichées

Le droit d'accès est le droit reconnu à toute personne d'interroger le responsable d'un traitement pour savoir s'il détient des informations sur elle, et le cas échéant d'en obtenir communication, Cf. article 32 de la loi + modèles de mentions dans la notice

Comment informez-vous les personnes concernées par votre traitement de leur droit d'accès ?

- Mentions légales sur formulaire Affichage
- Mentions sur site internet E-mail d'un courrier personnalisé
- Autres mesures, précisez : Pas nécessaire: recherche n'impliquant pas la personne humaine, rétrospective sur dossiers médicaux

Veuillez indiquer les coordonnées du service chargé de répondre aux demandes de droit d'accès :

Nom et prénom ou raison sociale : CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE **Sigle (facultatif) :** CHAR

Service : COREVH DE GUYANE **N° SIRET :** 269733028 00022

Adresse : AVENUE DES FLAMBOYANTS **Code NAF :** 8610Z Activités hospitalières

Code postal : 97300 Ville : CAYENNE **Téléphone :** 00 31 70 06 87

Adresse électronique : COREVH@CH-CAYENNE.FR **Fax :** 05.94.39.53.74

10 Personne à contacter (facultatif)

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments, que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Nom et prénom : PERAT David

Service : COREVH DE GUYANE

Adresse : B18 RÉSIDENCE COEUR DE VILLE

Code postal : 97300 Ville : CAYENNE **Téléphone :** 05.94.30.50.50

Adresse électronique : DAVID.PERAT@CH-CAYENNE.FR **Fax :**

11 Signature du responsable

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

NOM et prénom : HUBER Florence **Date le :** 11-07-2017

Fonction : Médecin, Praticien **Signature**

Adresse électronique : FLORENCE.HUBER@CH-CAYENNE.FR

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'inspection des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certains données figurent dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75009 Paris cedex 02.

Exemplaire à conserver - ne pas envoyer

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

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

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

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

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

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

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

THESE DE MÉDECINE

Qualification : Médecine Générale

ANNÉE : 2018 - N° 2018ANTI0249

NOM ET PRÉNOM : PERAT David

**TITRE : Expositions sexuelles aux risques viraux
prises en charge au CH de Cayenne :
étude rétrospective 2015-2016**

MOTS CLEFS : traitement post-exposition sexuelle ; VIH, VHB ; viol ; enfants et adolescents ; Guyane française ; évaluation des pratiques professionnelles

RESUME :

Introduction: Les recommandations françaises de prise en charge des accidents d'exposition sexuelles (AEVs) ont été mises à jour en 2017. En Guyane, région de France la plus affectée par la pandémie de VIH et considérée comme zone de moyenne endémicité pour le VHB, les attitudes prophylactiques sont particulières. On y comptabilise la plus forte incidence des viols, notamment sur mineurs.

Objectif: Faire l'état des lieux des pratiques professionnelles en matière d'AEVs au centre hospitalier Cayenne, principale ville de Guyane. Décrire les caractéristiques des consultants, faire le point sur les violences sexuelles et la prise en charge pédiatrique.

Méthode: Etude monocentrique rétrospective (2015-2016) sur les dossiers des services concernés : urgences, hôpitaux de jour pédiatrique et adulte, unité médico-judiciaire.

Résultats: entre 2015 et 2016, 323 expositions sexuelles de moins de 72h ont été gérées, dont 30 % de viols (48,5% de victimes parmi les mineurs). 38,39 % de non-utilisation du préservatif, 88,85 % de statut sérologique inconnu du partenaire. 44,45 % de contraception post-coïtale. 86,07 % de TPE anti-VIH initiés (70,7 % de trithérapie avec inhibiteur de protéase). 5,88 % d'initiation de vaccination anti-VHB, aucune injection d'immunoglobulines spécifiques. 6,19 % de suivi complet. Une population consultante hétérogène, majoritairement hétérosexuelle (93,75%), marquée par de fortes inégalités entre sexes et nationalités.

Discussion: première évaluation de cette ampleur du circuit des AEVs en Guyane, révélant des lacunes dans la prise en charge, focalisée sur le VIH, ainsi qu'une faible rétention et de fortes inégalités dans la population consultante.

JURY :

Pr NACHER Mathieu (président du jury)
Pr COUPPIE Pierre
Pr DJOSSOU Félix
Dr HUBER Florence
Dr VAZ Tania

Directeur : Dr. Florence HUBER