



**Master 2 Promotion de la santé et
prévention**

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **Juillet 2024**

**La prise en soin des personnes ayant
eu un accident d'exposition sexuelle**

Marie NORAZ

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier toute l'équipe du COREVIH Bretagne. Merci pour votre accueil, vos conseils et votre soutien tout au long de mon stage. Merci également au personnel du CeGIDD et du CHU de Rennes, pour leur gentillesse et pour la confiance qu'ils m'ont accordée pour la réalisation de ce travail.

Un grand merci à Cédric Arvieux, mon tuteur de stage et président du COREVIH Bretagne, pour les discussions que nous avons eues, le suivi régulier et la grande liberté qu'il m'a laissée pour réaliser mes missions.

J'aimerais également vivement remercier Delphine Moreau, pour son suivi tout au long de l'année et pour ses précieux conseils et recommandations dans la rédaction de ce mémoire.

Merci à toute l'équipe enseignante, ainsi qu'à toute la promotion PSP 2023-3024, pour leur bienveillance et leur ouverture d'esprit.

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui ont accepté de partager leurs expériences et qui ont pris le temps de s'entretenir avec moi au cours de ce stage.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes ami.es pour leur soutien, leur écoute et leurs conseils. Merci de m'avoir encouragée tout au long de cette année et d'avoir toujours cru en moi.

Sommaire

Introduction.....	2
Problématique.....	9
Méthodologie	11
1 Enjeux de la prise en soin des AES	15
1.1 Enjeux de prévention et de promotion de la santé	15
1.1.1 Les populations-clés de l'épidémie du VIH	15
1.1.2 Responsabilités individuelles et collectives.....	17
1.1.3 La place du dispositif AES dans la lutte contre le VIH.....	18
1.1.4 Prescription du TPE dans le cas de violences sexuelles.....	20
1.2 Information et formation sur le TPE	21
1.2.1 Le manque de connaissances et de recours au TPE	21
1.2.2 La perception du risque d'infection au VIH.....	22
1.2.3 Dysfonctionnements relevés en amont de la prise en soin	24
1.2.4 Outil d'aide à la décision SEXPOZ.....	27
2 Etat des lieux de la prise en soin au CHU de Rennes	29
2.1 Organisation de la prise en soin actuelle au CHU de Rennes.....	29
2.1.1 Contexte local.....	29
2.1.2 Protocole AES au CHU de Rennes.....	30
2.2 La prise en soin des personnes aux urgences.....	33
2.2.1 Les conditions d'accueil aux urgences.....	34
2.2.2 La gestion du flux patient.....	35
2.2.3 Délais de prise en charge	35
2.2.4 Maitrise des protocoles.....	35
2.2.5 Prescription des traitements	38
2.3 Difficultés structurelles.....	39
2.3.1 Perdus de vue	41
3 Perspectives pour améliorer la parcours AES et pour faciliter l'accès au TPE	42
3.1 La mise en place d'un nouveau protocole par un travail collaboratif	42

3.1.1	Logique professionnelle d'organisation des soins	42
3.1.2	Mise en place d'un groupe de travail	43
3.2	La disponibilité et la prescription des « Kits TPE » à l'hôpital et en « Hors les murs »	44
3.2.1	Le Kit TPE	44
3.2.2	Expérimentation du COREVIH Arc-Alpin	46
3.2.3	L'importance des associations et du soutien communautaire	47
3.2.4	Formation du personnel sur la prescription et la distribution des kits et sur le suivi des AES : IAO et IDE	48
3.3	L'avenir de la prescription du TPE	49
3.3.1	Les nouvelles recommandations sur le traitement préventif post-exposition au VIH	49
3.3.2	Modèles de prescription simplifiés et décentralisés	51
	Conclusion	53
	Bibliographie	57
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AES : Accident d'exposition sexuelle

ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites

ARS : Agence régionale de santé

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CNS : Conseil national du sida et des hépatites virales

CHU : Centre hospitalier universitaire

COREVIH : Coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine

HAS : Haute autorité de santé

HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

IAO : Infirmier.ère d'accueil et d'orientation

IDE : Infirmier.ère diplômé.e d'état

IST : Infection sexuellement transmissible

LGBTQIA+ : Lesbienne, Gay, Bisexuel.le, Trans*, Queer, Intersexe, Asexuel.le ou Aromantique

OMS : Organisation mondiale de la santé

PrEP : Prophylaxie pré-exposition

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

SAU : Service d'accueil d'urgence

TasP : Treatment as prevention

TPE : Traitement post-exposition

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des figures

Figure 1 : Algorithme d'indication au TPE après exposition sexuelle

Introduction

La santé sexuelle joue un rôle clé dans les stratégies de santé publique actuelles, notamment en France où l'accent est mis sur une approche globale et positive de la vie affective et sexuelle. Dans cette perspective-là, l'axe II de la Stratégie nationale de santé sexuelle, agenda 2017 - 2030, vise à « *Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites : prévention, dépistage, prise en charge* » (Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 2023). Le concept de prise en charge, englobe les réponses médicales, notamment les soins, fournis aux personnes présentant des symptômes, mais aussi le soutien et l'accompagnement médical et/ou psychologique, le suivi à long terme et l'orientation vers divers acteurs du parcours de santé. Ces différents éléments sont particulièrement importants dans la lutte contre le VIH et les IST, enjeux clés de la santé sexuelle. Au fil des années, de nouveaux outils sont venus compléter l'offre de prévention contre le VIH, dont le traitement post-exposition au VIH (TPE). L'organisation de la délivrance de ce traitement, après une potentielle exposition, fait l'objet de ce mémoire et sera dans un premier temps situé dans le cadre plus large de la prévention globale du VIH.

La prévention du VIH

Histoire du VIH

C'est en 1981 que les premières infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont rapportées chez 5 hommes homosexuels de Los Angeles (Centers for Disease Control, 1981). Par la suite, l'article de M.S. Gottlieb (Gottlieb et al., 1981) est le premier à décrire l'émergence d'un syndrome dû à une immunodéficience acquise. Le terme *Syndrome de l'Immunodéficience Acquise* ou *SIDA* apparaît en 1982. Le virus à l'origine de celle-ci, appelé maintenant le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), est découvert en 1983 par la virologue Françoise Barré-Sinoussi (Barré-Sinoussi et al., 1983), ce qui lui vaudra un Prix Nobel en 2008. Cette nouvelle maladie se propage fortement et est particulièrement identifiée au sein de la communauté homosexuelle masculine, le VIH est dénommé à cette époque le « cancer des gays », entraînant la stigmatisation encore plus accrue de ce groupe. En réponse, des associations communautaires gays se créent, comme AIDES qui est, en Europe, la première association de lutte contre le sida et les hépatites. En septembre 1984, Daniel Denfert écrit dans sa lettre proposant la création d'AIDES « [...] je savais déjà que la question du SIDA ne pouvait pas être plus longtemps confinée comme question médicale » (Lettre de Daniel Denfert proposant la création de AIDES, 1984). Ainsi, les membres d'AIDES militent fortement pour la prévention du VIH, notamment par l'utilisation du préservatif externe (Paicheler, 2005) au sein des populations

les plus vulnérables au VIH. Néanmoins, la promotion du préservatif et les campagnes de prévention, notamment celles destinée spécifiquement aux homosexuels, font face au conservatisme du gouvernement. Par la suite, outre l'usage du préservatif, c'est le *safe-sex*, c'est-à-dire prendre toutes les mesures de prévention possibles lors d'un rapport sexuel, qui s'impose. Le dépistage, par détection des anticorps anti-VIH, devient possible en 1985 grâce au test Abbott commercialisé aux Etats-Unis, à la suite de l'avancée des connaissances sur le virus et sur ses vecteurs de transmission (Schüpbach et al., 1984). Cela ouvre la porte à de nouvelles mesures de prévention qui prennent de l'ampleur. Ce n'est qu'en 1996 que les premières trithérapies ont été introduites, parallèlement à l'épuisement des conduites préventives (Girard, 2015) et au phénomène croissant du *bareback*, où le plaisir prime sur la protection de la santé.

À partir de l'année 2000, la recherche clinique et la découverte de combinaisons d'antirétroviraux efficaces, permettent réellement de prévenir le stade sida et ouvrent l'ère à la « normalisation » du sida (Setbon, 2000)¹.

Les outils de prévention du VIH

Après 30 années de lutte contre le VIH/sida, les outils et recommandations se sont multipliés. Outre l'usage du préservatif et la pratique du *safe-sex*, l'incitation au dépistage régulier du VIH² est une mesure clé dans la lutte contre ce virus. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, le dépistage est recommandé tous les 3 mois ou lors d'un changement de partenaire, afin de détecter et de traiter les infections à un stade précoce. La détection précoce permet d'initier rapidement un traitement et de réduire rapidement la charge virale et donc le risque de transmission. De nombreuses méthodes permettent aujourd'hui de dépister le VIH, en laboratoire, à domicile, par le biais d'associations, chez un.e médecin généraliste, dans les CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) ou encore dans les centres de santé sexuelle. La détection du VIH se fait exclusivement par prélèvement sanguin ou par TROD (test rapide d'orientation diagnostique), permettant de détecter les anticorps anti-VIH. Par ailleurs, le VIH se transmet également par le sang et l'amélioration des mesures de sécurité et de contrôle du sang destiné à être transfusé ou des produits dérivés de celui-ci, participe également à la lutte active contre ce virus. Des programmes de réduction des risques, notamment à destination des usager.ères de drogues injectables existent depuis la fin des années 1980 (Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 2024). Ceux-ci ont été reconnus institutionnellement en 2004 : « Art. L. 3121-4. - *La politique de réduction des*

¹ L'introduction de la thèse de R. Palich retrace très bien l'histoire et l'état des lieux actuel de l'épidémie du VIH en lien avec l'homosexualité, certains éléments et ressources bibliographiques de cette partie introductive sont issu de cette source (Palich, 2015). Néanmoins, bien que l'épidémie du VIH touche plus fortement certaines populations, celle-ci nous concerne tous et toutes.

² Ainsi que des hépatites B et C et des infections sexuellement transmissibles (IST)

risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants. » (Article 12 - Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1) - Légifrance, 2004, p. 2004-2806). Ces programmes, à la croisée des acteurs médicaux et associatifs, inscrivent la santé publique au cœur des usages, en proposant certains outils permettant une consommation à moindre risque : matériel d'injection stérile, lieux adaptés, accompagnement des personnes dans des structures dédiées, ...

Depuis l'arrivée des traitements antirétroviraux en 1996, la lutte contre le VIH s'est médicalisée. La diversification des traitements, pour les personnes séropositives et séronégatives, a permis une prise en charge plus efficace et globale, notamment en offrant de nouvelles perspectives de prévention.

En cas de contamination au VIH, c'est le TasP (Treatment as Prevention) (Hogg et al., 1998) qui est rapidement mis en place et qui permet de rendre la charge virale indétectable et donc d'empêcher la transmission du virus (indétectable = intransmissible). Ce traitement doit être pris à vie et nécessite un suivi et des examens réguliers.

Les molécules utilisées en prophylaxie pré-exposition (PrEP) ont d'abord été utilisées en thérapeutiques pour les personnes vivant avec le VIH, mais depuis 2012, ce traitement a été autorisé comme outil de prévention aux États-Unis. Disponible depuis 2016 en France, la PrEP du VIH est fortement recommandée chez certaines populations clés, notamment pratiquant le multi-partenariat et ayant des pratiques sexuelles les exposant à un surrisque d'infection par le VIH. Ce traitement peut être pris de manière continue (quotidiennement) ou, chez les hommes, de façon discontinue (en amont et après le rapport sexuel), et permet de prévenir une infection au VIH en cas de rencontre avec le virus. La prise de ce traitement demande des bilans de suivi tous les 3 à 6 mois. Fonctionnant un peu comme sur le modèle de la pilule contraceptive, la PrEP a démontré son efficacité et son utilité dans la prévention du VIH, malgré une observance du traitement qui peut être affectée par certains facteurs socio-économiques et psychologiques défavorables (Jourdain et al., 2022).

Enfin, il existe le traitement post-exposition (TPE), utilisé depuis la fin des années 1990. Ce traitement doit être débuté dans les 48 heures suivant l'exposition potentielle au virus et poursuivi 28 jours.

Aujourd'hui

Dans l'ouvrage *La fin du sida est-elle possible ?*, les auteurs François Berdougou et Gabriel Girard, défendent qu'« *aujourd'hui, nous possédons en effet tous les outils qui, si des politiques et des stratégies efficaces sont mises en œuvre, permettent de vaincre cette épidémie et d'éradiquer le virus qui en est responsable* » (Berdougou & Girard, 2017, p. 9).

Les acteur.rices de la lutte contre le VIH, porté.es par l'ONUSIDA, ont pour objectif de mettre fin au sida d'ici 2030 (ONUSIDA, 2023), la prévention du VIH est donc toujours d'actualité et si l'objectif veut être atteint, il semble indispensable de continuer à mettre en place des campagnes de prévention efficaces, ciblées et présentant tout l'éventail de conduites préventives. La prévention actuelle du VIH se veut combinée et à destination de tous.tes, bien que les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) restent particulièrement touchés par l'épidémie dans les pays industrialisés (Le Vu et al., 2010). Malgré un traitement rendant la charge virale indétectable, les personnes vivants avec le VIH, quelle que soit leur orientation sexuelle, sont toujours victimes de sérophobie et de discriminations et de fortes inégalités mondiales dans l'accès aux traitements et aux conduites préventives subsistent.

Comme le commentent François Berdougou et Gabriel Girard : « *Nous pensons à l'inverse qu'elle (l'épidémie) constitue toujours un prisme à travers lequel il est possible de lire des évolutions sociales qui dépassent le simple champ de la médecine et même de la santé* » (Berdougou & Girard, 2017, p. 16).

Le traitement post-exposition au VIH

Histoire du TPE

Le Traitement Post-Exposition (TPE), appelé aussi Prophylaxie Post-Exposition (PEP), est un traitement préventif contre le VIH, composé d'une combinaison d'antirétroviraux. Celui-ci peut être prescrit après un rapport ou une pratique sexuelle présentant un risque de transmission du VIH, c'est ce que l'on dénomme « Accident d'Exposition Sexuelle » ou AES³. Le TPE, utilisé dans un premier temps exclusivement dans le cas d'exposition au sang chez les professionnel.les de santé, a été étendu en 1998 à toute situation présentant un risque de transmission du VIH en particulier dans les contextes de partage de matériel d'injection ou de rapport sexuel, dit « à risque » (Centers for Disease Control and Prevention, 1998)⁴. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2014 les

³ Le terme « AES » est communément employé pour désigner les accidents d'exposition au sang, notamment chez les professionnel.les. Cependant, il sera utilisé ici pour désigner les accidents d'exposition d'origine sexuelle, l'accent étant mis sur la prise en soin des expositions sexuelles et non professionnelles. Ces deux types d'accidents d'exposition, bien que pris en charge dans des filières différentes, ne diffèrent pas en termes de traitement prescrit.

⁴ Depuis cette même année, le traitement recommandé est l'association de trois antirétroviraux (trithérapie) prise pour une durée de 28 jours (soit 4 semaines).

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co- trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children (World Health Organization, 2014). Ce document donne des indications claires sur la prescription du TPE, en regroupant les contextes professionnels et non professionnels.

En France, le CNS et l'ANRS publient en septembre 2017, *Les recommandations d'expert pour la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH* sous la direction de Philippe Morlat contenant les recommandations de prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'enfant et l'adulte (Blanc et al., 2017). Ce document sert toujours aujourd'hui de base aux protocoles AES. Les situations où la prescription d'un TPE est nécessaire sont résumées dans ce rapport sous forme de tableaux, retrouvés dans les protocoles AES hospitaliers (cf. Annexe n°1). De plus, on retrouve toute la liste des antirétroviraux pouvant composer la trithérapie et des cas particuliers de prescription de celui-ci.

En 2023, l'OMS a annoncé le renouvellement des recommandations pour la prophylaxie post-exposition au VIH (World Health Organization, 2023), avec pour objectif principal d'élargir l'accès à celle-ci.

Prescription

En France, le traitement post-exposition est exclusivement prescrit à l'hôpital. La conduite à tenir en cas d'exposition accidentelle aux liquides biologiques (AELB) constitue l'item 366 des connaissances à valider lors du 2^{ème} cycle des études médicales.

L'évaluation du risque d'exposition au VIH et la nécessité (ou non) de prescription du TPE, prennent en compte la probabilité de transmission du VIH (Patel et al., 2014), ainsi que le statut sérologique de la personne source. Ainsi, ce premier critère dépend du type de rapport sexuel et de l'exposition aux liquides biologiques et/ou au sang. Les rapports sexuels anaux réceptifs sont considérés comme hautement à risque (Grulich & Zablotska, 2010), contrairement aux fellations, qui sont considérées comme à faibles risques, même avec exposition au sperme. De plus, la présence de sang ou de lésions augmente le risque de transmission du VIH.

Par ailleurs, le statut sérologique de la source est souvent difficile à déterminer (violences, partenaire occasionnel). Néanmoins, si le statut VIH de la personne source est inconnu, l'appartenance à un *groupe à risque d'infection VIH non-diagnostiquée* peut influencer la prescription du traitement. Sont considérées comme « à risque », les HSH ayant plusieurs

partenaires sexuels, les travailleur.euses du sexe, les personnes originaires de certaines régions du monde où la prévalence du VIH est élevée (World Health Organization, 2022) et les usager.ères de drogues (injectables). La notion de groupe à risque sera débattue plus largement dans la suite du texte. Globalement, le TPE est indiqué dans toutes les situations où la personne source est séropositive avec une charge virale détectable ou si la source fait partie d'un groupe à prévalence du VIH non diagnostiqué supérieur ou égale à 1 %. Les violences sexuelles ne sont pas identifiées comme un surrisque de l'infection au VIH, mais la prescription du TPE peut être discutée au cas par cas avec la personne victime, si le statut VIH et le groupe de prévalence de la source sont inconnus.

Le TPE doit être prescrit le plus tôt possible après le rapport sexuel à risque et maximum dans les 48 heures suivants celui-ci. Si la première consultation se fait dans un service des urgences sans expertise infectiologique immédiate, et que la mise en route du TPE semble nécessaire, celui-ci peut être prescrit pour une durée de 3 à 5 jours (première prise directement aux urgences). Par la suite, un rendez-vous de réévaluation est nécessaire dans les 48 à 96 heures au service des Maladies Infectieuses. Ce rendez-vous permet de confirmer la nécessité de continuer le traitement et d'obtenir une ordonnance pour la durée restante celui-ci. Des rendez-vous de suivi sont mis en place par la suite, quasi exclusivement composés de prises de sang et de prélèvements visant à détecter la présence du VIH ou d'une IST.

Choix des antirétroviraux

Le TPE est composé de l'association de trois antirétroviraux (deux inhibiteurs nucléosidiques de transcriptase inverse (INTI) et un 3^{ème} agent), en un ou deux cachets, à prendre une fois par jour. Pour un virus sensible, la littérature ne permet pas de déterminer la meilleure association : le choix des molécules dépend de l'âge et du poids (chez les enfants), des contre-indications médicales, et du niveau de résistance virale circulante. De plus, certaines combinaisons ont un coût plus élevé que d'autres. Généralement, c'est l'association ténofovir DF + emtricitabine + rilpivirine qui est prescrite à partir de 12 ans et de 35 kilogrammes, compte tenu de sa bonne tolérance. En cas de grossesse ou d'atteinte rénale, d'autres combinaisons d'antirétroviraux sont prescrites. Cela souligne l'importance pour les hôpitaux d'avoir à disposition une variété d'antirétroviraux afin de pouvoir adapter le traitement au mieux. Le TPE est généralement bien toléré mais peut avoir certains effets indésirables, tels que des troubles digestifs, des insomnies ou des vertiges, ce qui pousse certaines personnes à arrêter celui-ci avant la fin.

En 1998, l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) a posé comme condition préalable à l'autorisation de l'utilisation des antirétroviraux en traitement post-exposition, la réalisation d'une évaluation. Celle-ci a été mise en place par l'Institut de Veille Sanitaire entre 1999 et 2003 (Lot et al., s. d.). Les conclusions de l'étude ont mené à la mise à jour des recommandations en 2003, malgré des résultats « coûts-efficacité » assez mauvais pour le TPE.

Encadré 1 : L'efficacité du traitement post-exposition

Le TPE a prouvé son efficacité sur les primates non humains dès les années 1990, en réduisant de près de 90 % le risque de séroconversion (Van Rompay et al., 1992). Il semble n'y avoir aucune autre étude portant sur l'efficacité de ce traitement, car il est assez difficile de tester celle-ci sur les humains. En effet, dans un souci éthique, la comparaison placebo et TPE n'est pas réalisable. Compte tenu du faible risque de transmission du VIH et de la très bonne efficacité des traitements préventifs, l'évaluation comparative de deux TPE différents nécessiterait des études comportant des dizaines de milliers de personnes dans chaque bras de traitement et ne sont pas envisageables. Les études récentes se concentrent ainsi plus sur la tolérance, les nouvelles combinaisons d'antirétroviraux et les nouveaux moyens de prescriptions du TPE.

Problématique

Mon stage au sein du COREVIH Bretagne porte sur le parcours de prise en soin des personnes ayant eu un accident d'exposition sexuelle (AES). Ce parcours présente des dysfonctionnements, qui ont été mis en évidence par des retours d'expériences de soignant.es, d'usager.ères et d'associations. Un signalement fait par une personne ayant fait un parcours AES à l'Agence Régionale de Santé de Bretagne a conduit le COREVIH Bretagne à entreprendre une étude diagnostique, puis à la révision au CHU de Rennes du protocole de prise en soin des personnes ayant eu un AES.

Le problème aujourd'hui est l'accès au traitement post-exposition au VIH. En effet, qu'un traitement soit nécessaire ou non, l'accès à une évaluation du risque doit être garanti à toute personne ayant eu un AES. Par ailleurs, le TPE doit être pris le plus rapidement possible pour garantir une efficacité maximale. Or, cela se heurte à un environnement hospitalier caractérisé par des structures complexes et une multiplicité d'acteur.rices. L'organisation actuelle ne permet pas de « bien » répondre à l'urgence de ce type d'accidents. Les retours d'expériences ont révélé divers dysfonctionnements structurels et organisationnels, notamment au sein des services d'urgence, qui semble peu adaptés à ce sujet.

Ainsi, comment mener un diagnostic autour de la prise en soin des personnes ayant eu un accident d'exposition sexuelle, et comment améliorer ce parcours, dans le contexte hospitalier breton du CHU de Rennes – Hôpital de Pontchaillou ?

L'objectif est de faire un état des lieux sur les dysfonctionnements qui freinent l'accès à l'évaluation des risques et au traitement post-exposition au VIH, et de répondre aux attentes et aux besoins du personnel hospitalier impliqué dans ce parcours. Cette réflexion s'inscrit également dans le cadre des nouvelles recommandations sur le traitement préventif post-exposition au VIH, prévues pour cet été, qui prévoient de nouvelles mesures pour simplifier le parcours AES et l'accès au TPE (Haute Autorité de Santé, 2024b). L'amélioration de ce parcours nécessite des interventions à différents niveaux, impliquant les associations, les professionnel.les de santé et toutes les structures de lutte contre le VIH.

Le constat de départ est que le parcours de soins actuel n'est pas adapté aux réalités, notamment pour les populations les plus vulnérables au VIH, tels que les HSH ou les personnes migrantes, qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins et à la prévention. Si l'hôpital joue encore un rôle central dans la prise en charge du VIH, il montre de plus en plus ses limites dans ce domaine.

Ce mémoire explorera dans une première partie les enjeux associés à la prise en soin des personnes ayant eu un accident d'exposition sexuelle, ainsi que les défis en termes d'information et de formation. La deuxième partie dressera un état des lieux du parcours de soins des AES au CHU de Rennes, mettant en évidence certains dysfonctionnements, notamment au niveau structurel. Enfin, des perspectives d'amélioration de ce parcours et de facilitation de l'accès au traitement post-exposition seront présentées, principalement par la mise en place d'un nouveau protocole et de nouvelles modalités de prescription.

Encadré 2 : Histoire des COREVIH

Les comités de coordination régionale de la lutte contre les IST et l'infection par le VIH, ou COREVIH, ont été créés par le décret n°2005-1421 en 2005 (*Décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine*, 2005). En 2017, le décret n°2017-682 a élargi les missions des COREVIH (*INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGS/SP2/2018/94 du 5 avril 2018 relative à la compétence territoriale et au fonctionnement des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)*, 2018). L'objectif principal de ces structures est de « coordonner les actions menées par les différents acteurs afin d'en améliorer la complémentarité et la cohérence et afin d'en assurer la diffusion de bonnes pratiques ». Leurs missions sont définies par l'article D. 3121-35 du code de la santé publique (*Section 7 : Coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (Articles D3121-34 à D3121-37)*, 2017).

Dans le cadre de la lutte contre le VIH, les COREVIH contribuent à faciliter la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Cela passe, notamment, par l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en soin des patient.es, par l'évaluation et l'harmonisation des pratiques, par la coordination des professionnel.les du soin et par l'analyse des données épidémiologiques relatives aux patient.es infecté.es par le VIH. En résumé, le COREVIH joue un rôle essentiel pour assurer une approche coordonnée et locale de la lutte contre le VIH et les IST, en contribuant à la prévention, à l'information et à la prise en soin efficace de ces infections.

Il en existe actuellement 23 en France Métropolitaine, implantés au niveau régional ou infrarégional, avec des sièges rattachés au CH(R)U locaux. En Bretagne, le COREVIH est présidé par l'infectiologue Cédric Arvieux. Aux côtés de la coordinatrice et de l'assistante administrative de la structure, quatre technicien.nes d'étude clinique et épidémiologique travaillent pour le COREVIH dans les différentes villes bretonnes.

Méthodologie

Le travail réalisé au cours de mon stage et la rédaction de ce mémoire constituent un diagnostic de la prise en soin actuelle des accidents d'exposition sexuelle, ainsi qu'un état des lieux de l'accès et de la prévention du traitement post-exposition au VIH. Ce dernier confronte l'organisation des soins et le point de vue de professionnel.les de santé aux retours d'expériences des personnes concernées via les associations et les études menées sur le sujet.

Bibliographie

Le travail d'écriture de ce mémoire s'est appuyé sur une revue de littérature, réalisée au fur et à mesure de l'avancement de celui-ci. Les ressources et articles ont été trouvés à l'aide de mots-clés tels que « traitement post-exposition », « prophylaxie post-exposition », « accident d'exposition », « prise de risque sexuelle », « risque sexuel », « prévention VIH », en interrogeant des moteurs de recherche classiques ou des bases de données comme Pubmed, Google Scholar ou Cairn. La bibliographie de ce mémoire, en particulier l'introduction, est basée sur la bibliographie de la thèse de Romain Palich. Par ailleurs, j'ai également consulté les sites internet des associations de lutte contre le VIH et des autorités et programmes de santé dédiés au VIH, aux hépatites et/ou à la santé sexuelle.

Diagnostic des pratiques hospitalières

Afin de comprendre le déroulé du parcours AES, ainsi que les enjeux sous-jacents, j'ai réalisé un diagnostic des pratiques hospitalières au CHU de Rennes grâce à des entretiens avec des professionnel.les de santé du CHU. J'ai également pu recueillir le point de vue des associations locales par le biais d'échanges de mails et d'entretiens. Par ailleurs, j'ai interrogé par entretiens téléphoniques, deux autres COREVIH travaillant sur l'accès au TPE. Enfin, j'ai pu observer certaines consultations du service des maladies infectieuses de Rennes ainsi que visiter le service d'accueil d'urgence. Ce diagnostic a permis d'identifier des dysfonctionnements et des axes d'amélioration qui sont actuellement discutés par un groupe de travail du CHU de Rennes. Cela permettra de proposer un nouveau protocole visant à assurer la meilleure prise en soin possible des personnes ayant eu un AES à Rennes.

Entretien avec des professionnel.les du CHU de Rennes intervenant dans les parcours d'AES

J'ai conduit le diagnostic des pratiques actuelles liées aux AES en menant des entretiens semi-directifs avec certain.es des professionnel.les de santé du CHU de Rennes impliqué.es dans le parcours de santé AES. Le but des entretiens était de comprendre le déroulement de la prise en soin et ses différentes étapes, puis de recueillir les difficultés perçues, ainsi que les attentes et les besoins des professionnel.les pour une meilleure prise en soin à leur niveau. Pour cela, j'avais construit des grilles d'entretiens adaptées à chaque profession à partir d'une grille d'entretien générale (cf. Annexe n°2).

Les professionnel.les de santé avaient été identifiés et préalablement informé.es de la démarche (de mise à jour des protocoles) par le président du COREVIH Bretagne. J'avais recontacté tous ces professionnel.les par mail, avec l'aide de l'assistante du COREVIH, afin de mettre en place les rencontres. 3 des 6 professionnel.les de santé interrogé.es font partie du groupe de travail AES, qui rédige et discute actuellement du nouveau protocole de prise en soin à expérimenter au sein du CHU de Rennes.

Les personnes interrogées font partie des services du CHU de Rennes suivants :

- Service des Maladies Infectieuses et de Réanimation Médicale : deux infirmières diplômées d'état
- Service d'Accueil d'Urgence : un médecin (praticien hospitalier), un infirmier d'accueil et d'orientation et une cadre de santé
- Médecine légale et pénitentiaire : un médecin

Ces quatre entretiens ont été analysés de façon approfondie, en construisant un tableau transversal d'analyse des thèmes (cf. Annexe n°3).

Il semblait essentiel d'interroger la pharmacie de l'hôpital en charge de la mise à disposition des traitements antirétroviraux et la Maison des Femmes, nouvelle structure à Rennes prenant notamment en charge les victimes de violences sexuelles, malheureusement ces rencontres n'ont pas été possibles par manque de réponse et de temps des personnes concernées. Il en a été de même pour le service des urgences gynécologiques et des urgences pédiatriques.

Rencontre avec les acteurs associatifs

Recueillir le point de vue des associations impliquées dans la lutte contre le VIH, compte tenu de leur rôle clé dans la prévention du VIH et la promotion du traitement post-exposition, est apparu essentiel. Ces associations représentant également les usager.ères. Afin d'avoir un retour sur les freins d'accès au TPE et des dysfonctionnements liés à sa prescription et au suivi du traitement, l'association Sida Info Service, par un échange de mails, a pu me

transmettre une synthèse des échanges avec leurs usagers.ères ayant fait un parcours AES, notamment au niveau breton (Sida Info Service, 2023). J'ai rencontré des salariés des associations AIDES et ENIPSE lors de la Plénière du COREVIH en avril 2024, que j'ai recontactés par la suite afin de discuter plus spécifiquement de l'accès au TPE. Ainsi, en mai 2024 j'ai pu échanger avec un salarié d'AIDES. L'échange s'est fait sous la forme de discussion libre, non enregistrée, sur l'histoire de la prévention du VIH, le rôle et les missions d'AIDES et sur la lutte contre le VIH aujourd'hui. Je me suis également pu entretenue par appel téléphonique avec un membre de l'association ENIPSE, qui m'a parlé des missions de l'association, des publics cibles et de l'accès au TPE. Une grille d'entretien spécifique pour les associations avait été construite en amont (cf. Annexe n°4), mais a finalement peu été utilisée.

Le Planning Familial, qui accueille notamment le public jeune et les femmes, a également été contacté afin d'avoir un retour sur leur rôle dans l'accès au TPE et l'information à leurs publics sur ce traitement. Ma demande d'entretien est restée sans réponse. La même démarche a été menée avec une médecin travaillant dans un des centres de santé sexuelle de Rennes, mais je n'ai pas eu de retour.

Travail régional sur l'accès au TPE

Les missions et projets des COREVIH diffèrent d'une région à l'autre. Grâce à mon tuteur de stage j'ai pu avoir les contacts de salariés de deux autres COREVIH ayant travaillé sur des problématiques similaires à l'objet de ce mémoire. Par un échange de mails puis par un appel téléphonique, j'ai échangé avec une employée du COREVIH Centre Val de Loire, sur l'outil d'aide à la décision SEXPOZ mis en place depuis quelques années par cette structure. La même démarche a été menée afin d'avoir plus d'informations sur l'expérimentation du TPE en Hors les Murs, portée par le COREVIH Arc-Alpin. Ces deux appels ont duré respectivement 18 et 32 minutes et n'ont pas été enregistrés. À la suite de ceux-ci, j'ai rédigé des fiches de synthèse à partir des notes prises lors des discussions. L'ensemble des personnes interrogées (professionnel.les de santé, associatifs et salariés des COREVIH) sont regroupées dans le tableau des entretenus (cf. Annexe n°5). J'ai analysé les échanges et les prises de notes retranscrites grâce à un code couleur commun.

Observations

J'ai également pu visiter le CeGIDD et assister à certaines consultations avec la gynécologue et un médecin, ainsi que parcourir le Service d'Accueil d'Urgence du CHU de Rennes lors de mon entretien avec un praticien hospitalier des urgences. Ces observations m'ont permis de voir les rapports informatisés réalisés par les médecins, ainsi que les lieux

de prise en soin. Afin de mieux comprendre le parcours AES, j'avais souhaité assister à des consultations de suivi AES dans le service des maladies infectieuses ou au CeGIDD, mais cela n'a malheureusement pas été possible par manque de temps de ma part et à cause de la difficulté de prévoir les rendez-vous AES en avance.

J'ai pu accéder aux protocoles actuels de prise en charge médicale des AES dans d'autres établissements, à Rennes, Lorient et Quimper en contactant les médecins de ces structures, ainsi qu'aux nouvelles recommandations sur le traitement préventif post-exposition au VIH, en cours de validation par la HAS. Ces éléments ont nourri ma réflexion sur les modifications à apporter au protocole AES, et à ce qui peut être changé ou non.

Groupe de travail AES

La mise en place d'un groupe de travail au sein du CHU de Rennes a permis d'initier un travail collaboratif sur les AES et de préparer l'application des nouvelles recommandations sur le TPE au niveau hospitalier. J'ai pu mettre en place la première réunion de ce groupe en avril 2024 en mobilisant certain.es des professionnel.les rencontré.es lors des entretiens ou impliqué.es dans le parcours AES. Les différents dysfonctionnements identifiés et les solutions associées ont été discutés, et la première réunion du groupe de travail s'est terminée par la distribution de tâches spécifiques à réaliser par certain.es des participant.es en vue de la deuxième réunion en septembre 2024. L'objectif à terme est d'impliquer davantage d'acteur.rices et de déléguer certaines tâches aux associations.

Données quantitatives sur les patient.es AES de Rennes, Lorient et Quimper

En complément de tous les éléments mentionnés ci-dessus, une extraction des données sur les patient.es victimes d'AES de Rennes, Lorient et Quimper a pu être menée par les technicien.nes d'études cliniques du COREVIH Bretagne. Cette extraction, à partir de la base de données NADIS, des AES vus à l'hôpital entre 2021 et 2023, a permis d'avoir une idée des profils sociodémographiques, des motifs de consultation, des traitements prescrits, ainsi que du nombre d'AES pour chaque site. Néanmoins, ces données présentent de nombreuses limites, compte tenu de l'imprécision de l'enregistrement des cas d'AES (manque d'informations et de détails), et n'ont pu être que peu mobilisées.

1 Enjeux de la prise en soin des AES

Les accidents d'exposition sexuelle représentent un enjeu crucial de santé publique, en raison des prises de risque qu'ils impliquent et de leur impact sur les populations les plus exposées au VIH. La gestion du risque de transmission du VIH nécessite la compréhension des traitements disponibles et des facteurs de risque associés.

1.1 Enjeux de prévention et de promotion de la santé

Il est essentiel d'évoquer les enjeux de promotion de la santé et de prévention que soulèvent les AES et le traitement post-exposition.

1.1.1 Les populations-clés de l'épidémie du VIH

L'accident d'exposition sexuelle, et donc le risque de transmission sexuelle du VIH, concerne tout le monde et est indépendant du genre, du sexe ou des pratiques sexuelles. Néanmoins, certaines populations sont plus exposées au risque de contracter le VIH en raison de certains comportements ou d'autres facteurs liés au mode de vie. La description des différentes populations clés du VIH est importante pour l'accès au traitement post-exposition, car ces populations sont plus susceptibles d'avoir recours à ce traitement.

Le premier point de cette partie 1 s'appuie en partie sur les éléments avancés par François Berdougou et Gabriel Girard dans l'ouvrage *La fin du sida est-elle possible ?* paru en 2017 aux éditions textuel. Ces deux militants de la lutte contre le VIH proposent un éclairage des enjeux actuels de l'épidémie du VIH/sida, notamment en interrogeant sa place dans la santé publique.

Le « Rapport RDRs - Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST » de France Lert et Gilles Pialoux (Pialoux & Lert, 2010) datant de 2010, explore les diverses stratégies de prévention et de réduction des risques du VIH et des IST, dans les populations les plus exposées à ceux-ci. Celui-ci constate que les principaux « groupes à risque » reconnus par la science, à partir de données de surveillance épidémiologique et statistique et par les associations, sont les homosexuels masculins et les personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

L'article de M. Trachman « Défaire et refaire un groupe à risque. Objectivation et prévention du sida chez les homosexuels masculins à l'ère des antirétroviraux » (Trachman et al., 2018), examine la catégorisation des homosexuels masculins en tant que groupe à risque

pour le VIH et y apporte une dimension historique. Au début de l'épidémie du sida, les actions de prévention ont été ciblées dans un intérêt de santé publique, avec pour conséquence une stigmatisation croissante de ces populations. Malgré cela, depuis les années 2000, le choix a été fait de cibler au maximum les populations vulnérables, notamment par le biais d'initiatives communautaires, afin d'améliorer l'accès à l'information, au dépistage, aux soins et aux traitements.

La notion de « groupes à risque » aux connotations plutôt stigmatisantes a été remplacée par celle de « populations clés » dans la lutte contre le VIH, comme retrouvé sur le site de l'ONUSIDA. Aux deux populations précitées, s'ajoutent les travailleur.euses du sexe, les usager.ères de drogues injectables, les personnes transgenres et les personnes incarcérées. En 2016, selon l'ONUSIDA (*Populations clés* | ONUSIDA, s. d.), 80% des nouvelles infections ont été recensées parmi ces populations clés et leurs partenaires sexuels. Le *bulletin de santé publique VIH-IST. Novembre 2023* de Santé Publique France (Santé Publique France, 2024) montre que parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité, 67% sont des hommes cisgenres, 31% sont des femmes cisgenres et 2% sont des personnes trans. Par ailleurs, 41% des personnes nouvellement diagnostiquées sont des HSH et 54% sont hétérosexuelles (38% des personnes sont nées à l'étranger et 97% des femmes cis ont été infectées par de rapports hétérosexuels). Les usager.ères de drogues injectables représentent 1% des nouvelles infections.

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes présentent la prévalence la plus élevée du VIH. Cela peut s'expliquer par un certain nombre de facteurs biologiques et comportementaux, tels que le taux élevé de rapports sexuels anaux non protégés, ainsi que la multiplicité des partenaires sexuels et les pratiques sexuelles à risque, comme le chemsex.

Les populations migrantes et réfugiées, souvent confrontées à des conditions de vie très précaires, subissent davantage de violences sexuelles et ont un accès limité aux soins et aux dépistages (*Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, s. d.). De plus, la santé tend à devenir une priorité secondaire, après la satisfaction des besoins fondamentaux tels que l'alimentation et le logement. Les conditions de vie difficiles empêchent donc ces populations de prendre correctement soin de leur santé.

Certaines régions du monde, notamment en Afrique subsaharienne, ont des taux de prévalence du VIH élevés, ce qui expose les habitant.es à un risque accru de contamination.

Le travail du sexe, souvent exercé dans des conditions peu encadrées et précaires, expose les travailleur.euses à une augmentation significative des violences physiques et psychologiques, ce qui accroît également le risque d'infection par le VIH. La législation française actuelle pénalise les client.es afin de lutter contre le système de prostitution. Cependant, cela conduit à une marginalisation accrue des TDS et à des conditions de travail plus dangereuses, ce qui implique un accès limité aux services de santé et de prévention.

Les usager.ères de drogues injectables, de par leurs pratiques, sont plus exposés au VIH, notamment par la transmission sanguine du virus lors du partage de d'aiguilles et de seringues non stériles.

Depuis la découverte des antirétroviraux en 1996, les recommandations sur les modalités et temporalités de prise de ceux-ci ont souvent été modifiées. Aujourd'hui, le « traitement comme prévention » prédomine et l'objectif est de mettre sous traitement le plus rapidement possible, aussi bien lors d'une découverte de séropositivité, qu'à l'occasion d'un accident d'exposition.

1.1.2 Responsabilités individuelles et collectives

L'objectif actuel de santé publique mondiale, prôné notamment par l'Organisation des Nations unies, est de mettre fin au sida dans les prochaines années. Pour atteindre cet objectif, l'accès au TPE et la prévention du risque d'infection par le VIH après exposition, sont des outils essentiels. Outre l'intérêt individuel à éviter cette infection, cela est bénéfique à l'ensemble de la société en participant au déclin de l'épidémie. Il en est de la responsabilité de chaque individu de se protéger du VIH et d'en protéger les autres par l'utilisation des outils de prévention disponibles. Les gouvernements et institutions de santé publique ont également la responsabilité d'informer et de sensibiliser la population et de favoriser un accès équitable à la prévention et/ou aux soins.

Dans le cas d'un AES après un rapport consenti, la responsabilité de prévenir une éventuelle infection incombe autant à la personne source, qu'à la personne exposée. Ce qui est empêché par l'ignorance de son statut vis-à-vis du VIH. Comme décrit à la page 15 de l'ouvrage *La fin du sida est-elle possible ?*, un équilibre entre responsabilité collective et individuelle doit être trouvé. Cela est essentiel pour garantir le respect des libertés individuelles tout en protégeant la santé publique.

1.1.3 La place du dispositif AES dans la lutte contre le VIH

A) Porte d'entrée dans le soin

Le parcours après un accident d'exposition sexuelle permet un accès direct aux soins et une réponse médicale rapide est nécessaire. Ce dispositif ne se limite pas à la prévention immédiate du VIH mais permet également de sensibiliser aux pratiques de réduction des risques et au dépistage.

Dans un premier temps, ce parcours doit être connu des personnes et facilement accessible. Bien que le terme « accident » fasse référence à quelque chose de ponctuel, les personnes doivent être capables et désireuses de revenir dans le cas d'un deuxième rapport sexuel à risque. Une première expérience positive de prise en soin d'un AES est donc essentielle. Les personnes qui ont été exposées doivent avoir un accès rapide et complet aux soins et repartir avec les outils et les contacts nécessaires pour la suite du traitement. De plus, l'AES s'accompagne d'un dépistage des IST : chlamydia, gonocoques et syphilis. Les taux d'incidence de ces infections sexuellement transmissibles augmentent d'année en année, notamment chez les jeunes et les HSH (Santé Publique France, 2024). Certaines IST sont asymptomatiques mais peuvent quand même avoir de graves conséquences sur le long terme, elles doivent donc être dépistées régulièrement, surtout en cas de rapports sexuels non protégés. De plus, les rendez-vous de suivi de l'AES peuvent permettre d'initier la vaccination contre l'hépatite B. Cette infection du foie fait partie des problèmes graves de santé publique et présente donc un intérêt à être dépistée et prévenue (WHO, 2015). Les taux de vaccination, notamment contre l'hépatite B, sont peu élevés dans les populations défavorisées, en particulier chez les réfugiés, en raison de la faible couverture vaccinale dans leur pays d'origine ou des obstacles à l'accès aux systèmes de santé (Ekezie et al., 2022).

Améliorer la prise en soin des personnes ayant eu un accident d'exposition sexuelle, répond à l'objectif premier de prévention de la transmission du VIH, en garantissant que les personnes bénéficient le plus rapidement possible d'un traitement post-exposition. Cela contribue directement à la prévention de l'épidémie du VIH en évitant de nouvelles infections. Par ailleurs, l'AES conduit à une approche globale de la santé sexuelle, y compris des infections associées, et peut servir de passerelle vers des pratiques sexuelles plus éclairées et à moindre « risque ». En effet, ce parcours de soins fournit également des informations sur la santé sexuelle et sur les outils de prévention.

B) Prise en compte des aspects psycho-sociaux et relation médecins-patient.es

Au-delà des objectifs médicaux et de santé publique, un accident d'exposition sexuelle peut être vécu comme un traumatisme, que ce soit à cause de l'anxiété qui en découle ou des circonstances de celui-ci. Cela nécessite donc une prise en soin adaptée à l'individu afin d'éviter des conséquences sur le long terme. On peut imaginer que l'impact psychologique d'un AES n'est pas le même si le rapport est consenti ou non, mais l'échange médical doit permettre à la personne de se sentir en confiance, et doit se faire dans un cadre non jugeant. De plus, l'AES touche directement à l'intimité, au rapport au corps, aux autres et à la sexualité, sujets qui restent tabous dans la société actuelle.

L'épidémie du sida a ouvert la voie à des changements dans la relation médecin-patient.e, notamment par l'émergence de mouvements de malades ou de personnes concernées. Au fil des années, les aspects psychologiques et sociaux du VIH ont été intégrés dans les services de soins de cette infection. L'importance de la relation médecin-patient.e a été soulignée par plusieurs études et a un impact direct sur le succès thérapeutique en influençant la qualité du suivi médical, l'accès et l'observance des traitements (Pourette, 2013). Par ailleurs, en travaillant avec des CeGIDD, j'ai pu constater que la gestion et résolution des difficultés personnelles et administratives des patient.es sont directement intégrées dans les consultations.

C) Relais PrEP

Le TPE est principalement prescrit aux personnes présentant un surrisque d'infection au VIH, prescrire la PrEP à l'issu de ce traitement pourrait assurer la continuité de leur protection contre le VIH.

La PrEP a démontré son efficacité à prévenir les infections au VIH et est prescrite aux personnes les plus exposées à ce virus (Jourdain et al., 2022). Comme le TPE, ce traitement est composé d'antirétroviraux, ce qui permet un enchaînement direct entre prophylaxie post- et pré-exposition en modifiant peu les médicaments pris (Laëtitia, 2021). *PEP2PREP*, est un programme qui a été présenté à la CROI 2024 (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections), et qui consiste à prescrire la PrEP juste après le recours à un TPE. 74% des personnes incluses ont ainsi débuté la PrEP entre mars 2022 et août 2023. Cette étude montre l'intérêt de proposer une prophylaxie pré-exposition en cas d'AES et de recours au TPE, mais la population cible reste ici les HSH et les femmes trans ayant des rapports anaux (*PEP2PrEP: an effective HIV risk-reduction strategy*, 2024).

Ce relais PrEP – TPE doit être discuté au cas par cas comme mentionné dans les nouvelles recommandations à paraître. Par ailleurs, l'AES permet ainsi d'identifier les personnes à

risque d'infection par le VIH qui sont en dehors du système de santé. Outre l'efficacité de la PrEP comme moyen de prévention contre le VIH, la prise de ce traitement peut avoir des impacts psychologiques positifs, notamment en donnant un sentiment de contrôle aux personnes ayant vécu un AES. Pour les professionnel.les de santé cela constitue une bonne opportunité pour continuer le suivi des personnes et pour assurer une prévention continue des pratiques sexuelles et des IST.

1.1.4 Prescription du TPE dans le cas de violences sexuelles

Toutes les personnes que j'ai rencontrées au cours de mon stage s'accordent à dire que le nombre de victimes de violences sexuelles prises en soin, principalement des femmes, augmente d'année en année. Le site « Arrêtons les violences » du gouvernement français indique qu'en 2022, environ 217 000 femmes ont été victimes de tentatives de viol, de violences sexuelles et/ou d'agressions sexuelles (Ministère de l'Intérieur et des Outre-Mer, 2022). Seules 6% des victimes portent plainte et le nombre de condamnation est faible (*Les violences sexuelles | Ministère de la justice*, 2023). Le traitement post-exposition au VIH peut être recommandé dans le cas de violences sexuelles et selon les mêmes modalités. Dans la plupart des cas, l'agresseur.euse est connu.e de la victime. Mais, l'évaluation du risque d'infection par le VIH est difficile quand l'agresseur.euse est inconnu.e. De plus, ces actes entraînent des conséquences psychologiques graves pour les victimes, ce qui rend délicat la prise en soin immédiate. Il est facilement imaginable que de nombreuses personnes ayant subi des violences sexuelles n'ont pas recours au TPE. Une étude de 1999 a montré que 60% des victimes potentiellement exposées au VIH n'avaient pas eu accès au TPE, principalement en raison du dépassement du délai de prescription (Santé Publique France, 1999). Un autre article, publié en 2006, révèle que le nombre de victimes n'ayant pas accès à une consultation médicale pour le TPE semble alarmant, et recommande de développer des stratégies pour garantir cette consultation et l'adhésion au suivi (Carrieri et al., 2006). L'entretien avec un médecin légiste, confirme cela : *« Du coup les gens qu'on voit, c'est des gens qui sont passés entre plein de mailles du filet. De toute façon, les gens qu'on voit, ceux que nous ont vus, c'est une infime partie. Comme je le disais, les violences sexuelles c'est souvent des personnes proches. Je ne sais pas, ça peut être un apéro pour un pot de départ d'un collègue et finalement y a un rapport pas du tout consenti qui se déroule. Et la personne dit « J'ai pas du tout envie de déposer plainte, parce qu'après, auprès du collègue, ça va être quoi l'image ? On ne va pas me croire... » »*.

De plus, bien que le TPE soit bien toléré par les victimes, sa prise quotidienne pendant un mois peut affecter la santé mentale de celles-ci. Comme exprimé par le médecin légiste rencontré : *« Nous on voit des personnes qui ont l'impression d'avoir la vie vraiment en suspens pendant un mois, c'est-à-dire « Je me suis fait violée » donc déjà c'est*

traumatisant, et de se dire que « Ce mois-là, pendant que je sais pas, peut-être que toute ma vie je vais avoir le VIH quoi, et je vais vivre avec ça » ». Cela illustre par ailleurs l'ambiguïté de proposer un TPE aux victimes de violences sexuelles alors que le risque de transmission du VIH est très faible. Le traitement étant plus angoissant que rassurant pour certain.es.

La prise en soin des victimes de violences sexuelle se heurte à d'autres obstacles, qui seront examinés de façon plus détaillée dans les sections suivantes. Cette population est particulièrement concernée par les accidents d'exposition sexuelle, mais ce mémoire ne traite pas en détail des questions qui lui sont propres. Leur situation mérite une attention approfondie et spécifique, en raison de la complexité et de la gravité des enjeux les concernant. Un travail plus ciblé et spécialisé serait nécessaire pour répondre de manière adéquate aux besoins des victimes de violences sexuelles dans le contexte d'un AES.

Pour maximiser l'efficacité du TPE, il est essentiel de pallier le manque d'utilisation et de connaissance concernant ce traitement. En effet, une méconnaissance entraîne une mise sous traitement tardive ou même le dépassement de la limite des 48 heures, ce qui peut entraîner des conséquences graves. Les lacunes en cette matière révèlent des besoins non satisfaits en termes d'informations et d'accès aux soins.

1.2 Information et formation sur le TPE

Les freins à l'accès au traitement post-exposition, notamment en termes d'information et de la formation seront abordées dans ce point, avant d'aborder les obstacles spécifiques au CHU de Rennes, tels qu'ils ont été identifiés dans le diagnostic.

1.2.1 Le manque de connaissances et de recours au TPE

Malgré l'efficacité du TPE, son existence semble relativement méconnue, notamment parmi les populations les plus à risque, comme les HSH (Rey et al., 2007), bien que ceux-ci fassent partie des groupes les plus exposés à la prévention sur le TPE. Un certain nombre d'études, menées dans différentes parties du monde, démontrent la méconnaissance du traitement post-exposition au VIH.

Dans une étude américaine intitulée « Awareness of post-exposure prophylaxis (PEP) and pre-exposure prophylaxis (PrEP) is low but interest is high among men engaging in condomless anal sex with men in Boston, Pittsburgh, and San Juan » (Dolezal et al., 2015), 41% des HSH ayant eu des rapports sexuels anaux sans préservatifs au cours de l'année écoulée avaient entendu parler du TPE, mais seuls 3 sur 28 l'avaient utilisé. En revanche,

les personnes interrogées ont exprimé leur intérêt et leur intention d'avoir recours au TPE à l'avenir après avoir été informées sur cet outil.

Par ailleurs, la méconnaissance des délais de prise du traitement et des modalités d'obtention après une exposition sexuelle entraîne une sous-utilisation de ce dispositif.

Dans l'objectif de réduire drastiquement le nombre de nouvelles infections au VIH, plaider pour la mise en valeur du traitement post-exposition semble indispensable. Les associations de lutte contre le sida mettent en place de nombreuses campagnes de prévention en incluant cet outil, comme le flyer dépliant intitulé « VIH/SIDA – Et si j'ai pris un risque ? » d'AIDES. En s'intéressant aux autres campagnes de communication faisant de la prévention contre l'infection au VIH, il est régulièrement sujet des dépistages réguliers, de l'utilisation du préservatif et des traitements. La mention des traitements reste néanmoins floue et non détaillée.

La connaissance du TPE en population générale est également conditionnée par le discours sur la sexualité auquel les personnes sont exposées. La sexualité reste peu abordée lors des consultations de médecine générale. D'une part parce que les médecins craignent d'être intrusif.ives ou illégitimes, ou parce qu'ils.elles ressentent un manque de connaissances sur le sujet (Zeler & Troadec, 2017), mais aussi parce que les patient.es sont gêné.es, ont peur d'être jugé.es, manquent de temps ou en raison de certaines caractéristiques du médecin (âge, genre) (Gott, 2003).

Néanmoins, parler de cette thématique et des pratiques sexuelles permet aux médecins de cibler les comportements et les risques spécifiques des patient.es et d'apporter des éléments d'informations personnalisés. Les médecins généralistes jouent un rôle important dans l'information sur le VIH, notamment en présentant les outils de prévention disponibles. Ils/Elles ne peuvent pas encore prescrire le TPE mais tous.tes peuvent sensibiliser la population générale à ce traitement.

1.2.2 La perception du risque d'infection au VIH

Outre la connaissance du TPE et de la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition, c'est la perception du risque qui va influencer le comportement de la personne. La principale composante de cette perception est l'évaluation de la vulnérabilité à l'infection par le VIH, qui est elle-même influencée par la connaissance des modes de transmission du VIH, les attitudes et croyances, et les comportements sexuels et préventifs liés au VIH. Certains facteurs sociodémographiques (orientation sexuelle, âge) ont également un impact sur la perception du risque, sans oublier l'accès aux soins et à l'information. La perception du

risque est multifactorielle (Paicheler, 1997) et doit être prise en compte dans la mise en œuvre des stratégies de prévention du VIH. En effet, une meilleure compréhension et évaluation des risques permet l'adoption de comportements préventifs efficaces.

Le lien entre la perception du risque et le TPE est bien développé dans l'article d'A. Mathias. L'introduction indique : *"[...] the perception of the risk of HIV/AIDS infection influences the capacity to manage the probability of a potentially high-impact event such as HIV infection"* (Mathias et al., 2021). Si la perception du risque d'infection par le VIH est élevée, la personne est plus susceptible de prendre des mesures préventives adaptées, notamment un traitement post-exposition. Cette même étude souligne que pour près de la moitié des répondant.es, le recours au TPE est associé avec des sentiments négatifs tels que la peur, la culpabilité et la honte. Les personnes qui n'ont jamais eu recours au TPE appréhendent d'être perçues comme séropositives en prenant des antirétroviraux. En revanche, les personnes qui ont déjà pris ce traitement, l'associe à des sentiments positifs.

Malgré des indications claires, la difficulté de l'évaluation des risques est mise en évidence par plusieurs études. Sur ce point, le personnel de Rennes interrogé semble trouver cette évaluation assez facile, grâce aux tableaux provenant des recommandations actuelles, mais ce sont des professionnel.les qui sont sensibilisés au protocole AES.

L'évaluation des risques a été discutée lors de mon entretien avec l'association ENIPSE et la personne interrogée a ajoutée des éléments intéressants à ce sujet.

« Je pense que c'est très psychologique, en fait. Je pense qu'il y a une espèce de déni. Quand ils prennent un risque, ils ont tendance toujours à le minimiser. Donc, ils vont y penser pendant une heure. Et puis, plus le temps va passer, plus ils vont considérer qu'ils n'ont pas pris le risque. » (Membre de l'association ENIPSE).

Après un risque, une personne peut, consciemment ou non, minimiser l'importance de celui-ci, notamment afin d'atténuer le sentiment de peur. Au départ, la conscience du risque est forte mais au fil du temps, afin de réduire l'anxiété ressentie, le risque perçu diminue progressivement. Par ailleurs, ne pas avoir de symptômes évocateurs d'une quelconque infection joue aussi sur cette minimisation du risque.

Cette gestion du risque est un facteur important dans la prévention et le traitement des comportements sexuels à risque. Reconnaître celle-ci peut permettre aux professionnel.les de santé de développer des stratégies d'intervention plus efficaces.

L'une des populations cible de l'association ENIPSE est celle des « hommes mariés ». Ces hommes, présentés par l'enquête comme étant pour la plupart âgés (de plus de 50 ans) et ayant des relations extraconjugales avec des hommes, n'acceptent pas leur sexualité et ont donc moins recours au dépistage et aux soins. « *Donc c'est important, parce qu'en fait, sur le TPE et l'AES, on ne va pas avoir les mêmes comportements, en fonction de, est-ce qu'on assume sa sexualité hors normes, ou est-ce qu'on ne l'assume pas.* » (Membre de l'association ENIPSE).

Ces personnes sont réticentes à se rendre dans les structures de santé sexuelle, de peur de croiser une connaissance, mais aussi de peur d'être stigmatisées. Dans le cas des AES, cela retarde, voir empêche, une consultation médicale et la prise d'un TPE. Cette population est moins informée sur le VIH et les pratiques préventives et n'a pas accès aux réseaux de soutien communautaire.

1.2.3 Dysfonctionnements relevés en amont de la prise en soin

Encadré 3 : Les différentes sources rapportant le point de vue des personnes sur les dysfonctionnements du parcours AES.

N'ayant pas pu obtenir de retour d'expérience directement des personnes ayant fait le parcours AES au CHU de Rennes, les freins rencontrés sont issus des retours fait par les associations Sida Info Service, ENIPSE et AIDES, ainsi que par les études « QualiPEP » (Quatremère et al., 2016) et « Freins et leviers de la prise en charge du traitement post-exposition au VIH » (Charpentier et al., 2016).

Deux salariés d'ENIPSE et d'AIDES ont été interrogés par le biais du COREVIH. Ces échanges plutôt informels ont permis d'avoir le retour de ces deux associations sur le parcours de soins des AES et sur les pistes de réflexion par rapport à celui-ci.

Sida Info Service (SIS), antenne d'AIDES créée en 1990, a pour mission d'informer et d'orienter les personnes en continu sur le VIH et la santé sexuelle, par téléphone, e-mail ou chat (*30 ans / Sida Info Service, depuis 30 ans à votre écoute*, s. d.). Les écoutant.es-répondant.es de l'association jouent un rôle essentiel dans l'orientation après la survenue d'un risque, mais aussi après, en recueillant les remontées du terrain. Ces informations précieuses permettent d'améliorer les parcours de prise en charge, en collaboration avec les centres hospitaliers, les associations et les COREVIH. Début 2024, l'association Sida Info Service a pu nous faire remonter certaines situations concernant les AES et le TPE en Bretagne, ainsi qu'un état des lieux des difficultés rencontrées sur l'ensemble du territoire français en 2022 et 2023 (Sida Info Service, 2023).

SIS-association nous a également fait part des travaux menés par le collectif TRT-5 CHV sur les dysfonctionnements du parcours AES (TRT-5 CHV, 2021). Ce groupe inter-associatif a lancé en 2021 un appel à témoignages sur le refus et le renoncement au TPE. 15 personnes issues de différentes villes, ayant toutes essuyé un refus d'accès au TPE au premier abord, ont témoigné de leur parcours.

En 2016, l'étude « QualiPEP », réalisée par AIDES, l'Université Lyon 2 et l'INSERM, avait pour objectif de proposer des pistes pour améliorer l'accès au TPE des personnes exposées au VIH (Quatremère et al., 2016). En interrogeant des personnes ayant pris des risques sexuels, ainsi que des professionnel.les de santé, l'étude propose une liste des obstacles rencontrés et des solutions associées.

L'article « Freins et leviers de la prise en charge du traitement post-exposition au VIH », publié en 2016 par Santé Publique France (Charpentier et al., 2016). En 2015, cette étude exploratoire a interrogé par le biais d'entretiens semi-directifs trois groupes différents : personnes ayant suivi un TPE dans les 12 derniers mois, personnes ayant pris un risque mais n'ayant pas pris de TPE et prescripteur.rices. Au total, 29 personnes de la région Rhône-Alpes ont été interrogées, de profils et d'âges divers. Les déterminants rendant l'accès ou le suivi du TPE difficiles rejoignent globalement ceux mentionnés par le rapport de SIS.

A) Manque de formation et d'information des professionnel.les de santé

Le manque de connaissances sur le VIH et/ou du traitement post-exposition, ainsi la mauvaise évaluation du risque par les personnes, entraîne un défaut de recours aux soins et au TPE. Ces déterminants majeurs freinant l'accès au TPE sont relevés du côté des personnes mais également des professionnel.les de santé. En effet, les situations relevées en Bretagne par SIS-Association, concernent principalement la méconnaissance du traitement post-exposition et de ses modalités de prise par certain.es urgentistes. Ces facteurs ont également été identifiés par les acteur.rices que j'ai rencontré.es dans la cadre de ma recherche et dans la littérature parcourue.

« Aller aux urgences pour demander un traitement, pour beaucoup, ça reste compliqué, parce que c'est compliqué d'aller aux urgences, mais aussi, c'est compliqué de se dévoiler. (...) Il y a des freins psychologiques, qui sont la peur d'être jugé. » (Membre de l'association ENIPSE).

Dans le rapport de Sida Info Service, un homme de 46 ans est cité : *« [...] Il n'y a pas que le grand public qui ignore la conduite à tenir en pareille situation »*. Cet extrait d'appel est très révélateur du manque de formation, de certains professionnel.les de santé, aux accidents d'exposition et aux traitements préventifs du VIH. Une femme de 26 ans relève également : *« [...] C'est long, laborieux et décourageant ! »*.

Les personnes avec lesquelles je me suis entretenue sont toutes au fait du protocole AES, mais le manque de formation du personnel des urgences à ce sujet a beaucoup été relevé par les associations de lutte contre le VIH et par différentes études portant sur l'accès au TPE. Par exemple, dans l'étude du collectif TRT-5 CHV, il est rapporté par 10 des 15

personnes ayant témoigné que le personnel des urgences ne connaissait pas le TPE lors de leur passage et que certain.es avaient même exprimés une incapacité (non justifiée) à prescrire le traitement, avec ou sans réorientation.

Bien que les personnes interrogées au CHU de Rennes ne ressentent globalement pas un manque de formation et d'informations sur les AES et le TPE. Il apparaît que certains autres professionnel.les pourrait bénéficier de cela : *« Et je pense aussi, un manque de connaissances des paramed peut être sur cette question, surtout les plus jeunes qui viennent d'arriver sur le CHU, et pour lesquels la filière AES est peut-être un peu méconnue, du coup c'est de l'apanage des médecins, donc voilà. »* (Médecin aux urgences).

Les infirmières rencontrées racontent avoir eu une formation sur la santé sexuelle par le COREVIH Bretagne il y'a quelques années et que celle-ci leur avait apporté des informations précieuses : *« Non, c'était bien, ça remet les connaissances à jour. Et en faites on a eu plusieurs, y'avait le parcours AES, t'avais sur la vaccination Hépatite B, y'a un topo en sexologie. Enfin c'était vraiment très varié quoi. »*. Pérenniser des modules de formations, même très courts, sur la prise en soin des personnes, sur les protocoles en place, mais également sur la posture à tenir pourrait permettre une amélioration du parcours et lever certains freins rencontrés actuellement. La sensibilisation des internes à ce sujet pourrait également garantir des pratiques adéquates tout au long de leur parcours professionnel.

La cadre de santé aux urgences a exprimé la volonté d'être formée à l'accueil spécifique des victimes de violences sexuelles, cette prise en soin étant plus délicate et complexe : *« Voilà. Et après, non, moi je ne me sens pas du tout formée pour faire un accueil, un accompagnement psychologique ou quoi que ce soit, d'une personne qui viendrait en disant « Je me suis fait violée ».*

B) Discriminations anticipées et/ou vécues

Par ailleurs, comme le souligne Le *Rapport Discriminations 2020* de l'association AIDES : *« On le sait : les inégalités sociales se répercutent très fortement sur la santé. »* (AIDES, 2020). Les populations vulnérables face au VIH, sont régulièrement confrontées à de la discrimination et à de la stigmatisation sociale, ce qui entrave davantage l'accès aux services de prévention et de soins. Il s'agit d'une dimension importante à prendre en compte pour favoriser l'accès au traitement post-exposition.

L'appel à témoignages cité précédemment fait état d'une attitude jugeant du personnel hospitalier pour la moitié des personnes. De même dans le rapport d'observation mené par

Sida Info Service, on retrouve cet extrait d'appel : « *L'appelante s'est plainte de la manière dont elle a été reçue à l'hôpital pour une prise en charge AES : « Le médecin m'a lancé un regard que je connais, comme s'il me disait que j'étais une "pute". Et ne m'a pas donné le TPE mais un antibiotique ! » Femme, 34 ans* ». Le manque de formation du personnel sur les enjeux du traitement post-exposition et sur l'accueil de ces personnes est une barrière claire à l'accès au TPE. En interrogeant le personnel des urgences, ceux-ci ont rapportés ne pas faire de discriminations et ne pas juger sur l'orientation sexuelle des personnes, mais l'on peut se demander si c'est vraiment le cas de tout le monde.

Par ailleurs, un autre obstacle psychologique mentionné lors de l'entretien avec ENIPSE, est la crainte d'un test positif, qu'il s'agisse d'une IST ou du VIH. « [...] *mais en fait je pense qu'il a réfléchi surtout aux conséquences, c'est que s'il découvre qu'il a été contaminé dans quelques semaines, ça va changer, bousculer sa vie, etc., et souvent, mais c'est la même chose pour le dépistage, ça veut dire qu'ils ne veulent pas savoir.* » (Membre de l'association ENIPSE). Sur le même sujet, une étude menée auprès de femmes chinoises a montré que la honte associée à la découverte d'une infection sexuelle était un des obstacles à l'adoption de comportements favorables à la santé (Luo et al., 2023).

La formation des professionnel.les de santé, mais également des intervenant.es communautaires joue un rôle clé dans la promotion du TPE. La diffusion d'informations par le biais d'ateliers, de conférences ou de formations en ligne pourrait contribuer à cela, ainsi qu'à l'amélioration des compétences de ces personnes. Enfin, les campagnes de sensibilisation sur le TPE doivent s'adresser à l'ensemble de la population pour assurer sa promotion active et dissiper les stigmatisations qui l'entoure.

1.2.4 Outil d'aide à la décision SEXPOZ

SEXPOZ⁵, mis en place par le COREVIH Centre-Val de Loire (*SEXPOZ QU'EST-CE QUE C'EST ?*, 2023), est la transposition de l'arbre décisionnel de la prise en charge des accidents d'exposition sexuelle, et s'adresse aussi bien aux professionnel.les qu'aux usager.ères. « *On le met à disposition de la communauté, c'est rare d'avoir un outil gratuit* » (Salariée du COREVIH Centre-Val de Loire). Ce site internet reprend le *Rapport Morlat* « à l'envers », afin d'indiquer si l'accident d'exposition nécessite une mise sous traitement post-exposition et indique également la nécessité ou non d'une contraception d'urgence. Pour les utilisateur.ices, l'objectif de l'outil SEXPOZ est également de les orienter vers une structure de soin ou vers des numéros utiles, mais aussi de fournir un outil pour convaincre

⁵ Accessible au lien internet : <https://sexpoz.vihack.fr/questionnaire/sexpoz>

les professionnel.les de l'intérêt du traitement. Dans certains CeGIDD, cet outil permet de rassurer les personnes lors des consultations. Néanmoins, « *Ça marche un peu moins bien pour les professionnel.les* » (Salariée du COREVIH Centre-Val de Loire), en effet, les professionnel.les utilisant l'outil sont pour la plupart déjà sensibilisé.es aux AES et au TPE.

Cet outil d'aide à la décision est intéressant dans le cadre de la prise en soin des personnes ayant eu un AES, car il est facilement accessible sur internet et permet à chacun.e d'évaluer le risque de transmission du VIH. Cependant, cet outil ne doit pas se substituer à un avis médical et il est important de prendre en compte le risque de transmission d'IST et/ou de grossesse.

L'amélioration du parcours de soins après un accident d'exposition sexuelle présente de nombreux avantages et contribue activement à la lutte contre le VIH. Cependant, certains obstacles apparaissent avant même le rapport sexuel à risque ou les premières étapes de prise en soin. La deuxième partie de ce mémoire se concentre sur l'état des lieux de la prise en soin actuelle au CHU de Rennes, ainsi qu'aux freins rencontrés lors de ces étapes.

2 Etat des lieux de la prise en soin au CHU de Rennes

Dans cette section, l'organisation prévue au CHU de Rennes sera discutée, ainsi que les différents obstacles rencontrés à chaque étape du parcours de soins AES. L'impact de ces difficultés sur la fluidité et l'efficacité de la prise en soin sera examiné.

2.1 Organisation de la prise en soin actuelle au CHU de Rennes

2.1.1 Contexte local

L'épidémie du VIH en France est concentrée à la fois en termes de populations et de géographie. Les nouvelles découvertes de séropositivité sont particulièrement nombreuses dans les départements d'outre-mer comme la Guyane et la Guadeloupe, ainsi que dans les régions Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur en France métropolitaine (Santé Publique France, 2024). La Bretagne est l'une des régions où l'incidence du VIH est la plus faible. Le rapport de surveillance VIH-Sida et IST en Bretagne, publié par le COREVIH pour 2022, estime que 145 personnes ont découvert leur séropositivité en Bretagne. 4100 personnes séropositives sont actuellement suivies dans les hôpitaux bretons, dont près de 1600 au CHU de Rennes. 60% d'entre elles ont plus de 50 ans et sont majoritairement des hommes. Par ailleurs, 95% des personnes séropositives ont une charge virale indétectable en Bretagne (Arvieux et al., 2023). Ces chiffres montrent que le risque d'infection par le VIH après un rapport sexuel non protégé est très faible en Bretagne, en particulier dans la population générale. Les populations clés du VIH restent plus à risque et l'accès aux dépistages et aux outils de prévention doit continuer à se développer dans cette région.

Il y a 35 services d'urgences en Bretagne, d'après un travail réalisé par le COREVIH Bretagne en 2010 sur les AES (*COREVIH Bretagne*, s. d.). Il semblerait qu'ils soient tous en mesure de délivrer le traitement post-exposition au VIH. Les centres hospitaliers sont inégalement répartis en Bretagne, laissant des zones où l'accès aux soins et aux traitements peut être difficile et entraîner des pertes de temps importantes. 50% des établissements disposent d'un.e médecin référent.e VIH, qui peut assurer le suivi des AES, sinon la personne est orientée vers un autre établissement.

Par ailleurs, tous les hôpitaux ne disposent pas d'un CeGIDD ou d'un service dédié aux maladies infectieuses, et encore moins de structures médico-légales, en cas d'AES dû à des violences sexuelles. Rennes est le centre de référence de la région, bien que peu accessible à l'ensemble de la Bretagne. Il apparaît que le motif principal de consultation (pour réaliser un test de dépistage) dans les CeGIDD bretons est l'exposition à un risque. Les consultations au CeGIDD et au service des maladies infectieuses se font sur rendez-

vous. Malgré cela, une personne se présentant pour un accident d'exposition pendant les heures d'ouverture est vue par un.e médecin qui évalue rapidement le risque.

Les données extraites de NADIS permettent de donner quelques éléments de contextualisation concernant les AES au CHU de Rennes. Ainsi, entre 2021 et 2023, 465 personnes ont été vues en consultation AES au CHU de Rennes, dont 57% d'hommes, 41% de femmes et 2% de personnes trans, avec une moyenne d'âge de 29 ans. Près de 19% des AES semblaient résulter d'un viol, en grande majorité chez les femmes. Par ailleurs, il semble que la moitié des personnes venues pour un AES se sont vu prescrire un TPE, ce chiffre étant de l'ordre de 64% pour les HSH. Il n'y a pas de détails précis sur les raisons de la non-prescription d'un TPE. La grande majorité des AES ont été vus pour la première fois aux urgences et les personnes sont principalement venues de leur propre initiative.

2.1.2 Protocole AES au CHU de Rennes

Il n'existe pas de protocole national de prise en soin des accidents d'exposition sexuelle, chaque région ou ville dispose de son propre dispositif AES. Les prescriptions de TPE sont généralement disponibles dans les centres hospitaliers, dans les services d'urgence, au sein des services de maladies infectieuses et surtout dans les CeGIDD.

À Rennes, le protocole AES est implanté depuis une dizaine d'années et fait intervenir plusieurs acteurs et services du CHU, en fonction de la nature du risque et de la prescription d'un traitement post-exposition. Le protocole de soins décrit ci-dessus s'appuie essentiellement sur le protocole écrit disponible sur les plateformes informatiques du CHU de Rennes. Certaines précisions ont également été rapportées lors des entretiens par les différent.es professionnel.les de santé impliqué.es dans le parcours AES, notamment en ce qui concerne le « Kit TPE » et les rendez-vous de suivi.

A) Orientations

Il semble que les personnes se rendent spontanément dans les services d'urgences générales ou gynécologiques de Rennes en cas d'AES et de risque de transmission du VIH. Néanmoins, les associations ou lignes d'écoutes impliquées dans la santé sexuelle, comme Sida Info Service, orientent régulièrement les personnes vers les services en mesure de prescrire un TPE. Si le service des maladies infectieuses ou le CeGIDD sont ouverts, les personnes sont (ré)-orientées vers ceux-ci plutôt que vers les urgences.

B) AES dans le cadre de rapports sexuels consentis

Les accidents d'exposition sexuelle lors de rapports sexuels consentis sont pris en charge soit par le service des maladies infectieuses de Rennes, soit par le service général des urgences, afin de recevoir le TPE (la première dose est prise directement sur place) et de faire réaliser les sérologies à J0. De même, si le risque VIH est considéré comme élevé, les personnes reçoivent le « Kit TPE » et des examens complémentaires sont réalisés.

Le service d'accueil des urgences (SAU) de Rennes est ouvert 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, ce qui en fait une structure indissociable de la prise en soin des personnes ayant eu un AES, qui peut survenir à n'importe quel moment. Après l'accueil administratif, la personne est vue par l'IAO (Infirmier.ère d'Accueil et d'Orientation) qui évalue rapidement le degré d'urgence de la situation et le « code couleur » associé à la personne. Sur les ordinateurs du personnel, chaque patient.e est codé.e du rouge au vert, ce qui détermine l'ordre de la prise en soin. Dans le cas d'un AES impliquant des violences sexuelles, ou lorsque le risque est jugé élevé, les personnes sont codées en rose (juste après le rouge) et en orange. Cela garantit une prise en soin relativement rapide si l'indication de mise sous TPE est claire. Les personnes jugées moins à risque sont codées jaune ou vert. Les médecins urgentistes évaluent par la suite, le risque de transmission du VIH et démarrent la mise sous TPE si nécessaire. Toutes les personnes ayant eu un accident d'exposition bénéficient d'un bilan initial. Il s'agit principalement de sérologies (VIH, VHC, VHB si statut de la personne inconnu, et syphilis) et de prélèvements (PCR chlamydia et gonocoques, frottis pharyngés en cas de rapports oraux et frottis anal en cas de rapport anaux, auto-prélèvement vaginal ou échantillon d'urine). La première dose de traitement post-exposition est prise aux urgences, accompagnée d'une collation (compote, sandwich, ...). Cela permet d'identifier d'éventuelles réactions allergiques. En cas de prescription, un dosage des transaminases sanguines est nécessaire (pour vérifier le fonctionnement du foie), ainsi qu'une vérification du bon fonctionnement des reins (taux de créatinine et débit de filtration glomérulaire). Des examens complémentaires peuvent être nécessaires. Ensuite, les personnes reçoivent un « Kit TPE », petit sachet en plastique contenant le traitement pour plus ou moins 4 jours, ainsi qu'une contraception d'urgence pour les femmes en âge de procréer, même si elles sont sous pilule contraceptive. La personne repart avec le kit, ainsi que des fiches d'informations sur le traitement et ses effets secondaires, sur le suivi du parcours AES, et sur les associations à contacter en cas de questions. Enfin, le service des urgences fait le lien avec le service des maladies infectieuses, qui fixe un rendez-vous de suivi dans les 3 à 5 jours, notamment pour renouveler l'ordonnance et effectuer de nouveaux tests sérologiques. Des rendez-vous ultérieurs sont programmés à J42 et J90, pour le suivi de la prise du TPE, et d'une éventuelle infection par le VIH ou les IST. Ces

rendez-vous de suivi sont les mêmes, quel que soit le contexte ayant conduit à l'accident d'exposition, et seront développés dans la partie suivante.

C) AES dans un contexte de violences sexuelles

La procédure AES est particulièrement complexe pour les victimes de violences sexuelles. Si la victime souhaite porter plainte, le service de médecine légale est sollicité pour réaliser des prélèvements toxicologiques et d'ADN, ainsi qu'un examen physique et/ou gynécologique afin d'identifier d'éventuelles lésions. Ces analyses sont placées sous scellés et mises à disposition des enquêteur.rices. Les médecins légistes s'occupent de l'aspect strictement médico-légal et ne peuvent donc pas délivrer de TPE ou d'autres médicaments. Les victimes sont donc orientées vers le service des urgences adultes, où elles peuvent recevoir le TPE (la première dose est prise directement sur place) et où des tests sérologiques sont effectués. Le TPE n'est pas automatiquement prescrit aux victimes de violences sexuelles, en l'absence de facteurs de risque, la prescription se fait d'un commun accord entre la victime et l'équipe médicale.

D) Le risque d'hépatites et d'IST

Outre le risque d'infection par le VIH, les virus de l'hépatite B et C sont également sexuellement transmissibles et doivent être pris en compte lors d'un AES. Dans le cadre de l'évaluation initiale, des analyses sanguines doivent être menées pour vérifier la protection contre le VHB. En fonction du taux d'anticorps anti-HBs trouvé, une dose unique de vaccin de rappel peut être proposée (taux < 10mUI/mL), ou un schéma de vaccination complet. Si la personne source est séropositive au VHB (avec une charge virale détectable) et que la personne exposée n'est pas vaccinée contre l'hépatite B, des immunoglobulines anti-VHB peuvent être injectées jusqu'à 7 jours après l'exposition. L'infection au VHC est prise en charge par un suivi sérologique ou un test de charge virale plusieurs semaines après l'exposition, quelle que soit la situation virologique et sérologique de la source. L'hépatite C se traite facilement par un traitement antiviral.

E) Rendez-vous et bilans de suivi

Le premier rendez-vous en médecine infectieuse est réalisé par un interne ou par un médecin senior et permet de réévaluer le risque de transmission du VIH et la nécessité de poursuivre le traitement post-exposition. L'ordonnance est renouvelée si nécessaire, et la personne reçoit un plan du CHU de Rennes afin d'aller chercher le reste du traitement à la pharmacie de l'hôpital. Si la prise en soin initiale a été faite aux urgences, les examens

nécessaires complémentaires peuvent être réalisés à cette occasion par les infirmières. La consultation 6 semaines après exposition sexuelle (J42) est essentiellement assurée par les infirmières du service des maladies infectieuses, qui font des sérologies VIH et syphilis, des PCR chlamydia et gonocoques, si cela est indiqué, et recherchent une infection par l'hépatite B et/ou C, si la personne source est positive ou s'il y'a un risque réel d'infection. Pour le dépistage des IST, les prélèvements ne sont indiqués que pour les femmes de moins de 25 ans, les hommes de moins de 30 ans, les HSH et les personnes présentant des symptômes évocateurs de ces infections. Cela fait suite à *L'enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis* publiée en 2011 (Goulet & de Barbeyrac, 2011), qui identifie ces catégories de population comme ayant une prévalence d'IST plus élevée.

Les personnes ayant eu accident d'exposition traité bénéficient d'une dernière consultation, environ 3 mois après la première consultation. Elle consiste en une prise de sang (pour le VIH et le VHC), ainsi qu'une recherche des anticorps ou antigènes liés au VHB si la personne exposée n'était pas immunisée, ou si la personne source est positive à ce virus.

Ce protocole semble bien ancré dans les pratiques du personnel et découle directement des recommandations concernant les accidents d'exposition sexuelle. Néanmoins, le protocole actuel pourrait être allégé et optimisé, notamment pour réduire les barrières d'accès au traitement post-exposition. Les dysfonctionnements identifiés au CHU de Rennes, mais aussi au niveau régional ou national, ainsi que les pistes d'amélioration, font l'objet de la suite de ce mémoire.

2.2 La prise en soin des personnes aux urgences

« La plupart des personnes interviewées rapportent une prise en charge qu'ils jugent globalement satisfaisante mais toutes identifient un élément qui a compliqué l'accès ou le suivi de leur traitement, en particulier en services d'urgences. » (Charpentier et al., 2016).

L'efficacité du traitement post-exposition est conditionnée à sa prise rapide après le rapport à risque. Selon les pays, les délais de prises varient entre 48 et 72 heures. En France, le TPE doit être pris entre 4 et 48 heures après l'exposition, l'idéal étant de prendre le traitement dans les 4 heures. Cependant, pour qu'une personne prenne conscience de l'existence et/ou la nécessité du traitement, un processus complet doit se mettre en place. De plus, selon l'heure de la journée, les services dédiés pour obtenir des informations ou accéder au TPE peuvent varier. Le TPE étant prescrit exclusivement en milieu hospitalier,

l'accessibilité est un facteur important. Il est facile d'imaginer qu'un certain nombre d'AES surviennent la nuit ou le week-end, mais aussi lors de certains événements (festivals, etc.), auquel cas, la prise en soin se fait dans les services d'accueil des urgences. Les urgences sont un point central dans la thématique des AES et soulèvent certaines problématiques. Ces lieux accueillent tout le monde, 24 heures sur 24, quelle que soit la pathologie ou le statut socio-économique.

2.2.1 Les conditions d'accueil aux urgences

Une rapide visite au service des urgences de Rennes, m'a permis de me rendre compte de l'agitation qui peut y régner, même un jour de semaine en milieu d'après-midi. Les zones d'attentes semblent peu définies, les brancards encombrant les couloirs et les cris de douleur sont fréquents. De plus, les boxs de consultation sont assez petits et froids. Les urgences de l'hôpital de Pontchaillou ne font pas l'exception dans l'augmentation des flux patients et de la tension médicale qui y règne.

Dans un article de presse paru en 2022 le chef des urgences et du Samu du CHU de Rennes relate : « *La situation est toujours difficile et compliquée aux urgences adultes de Pontchaillou comme dans celles de très nombreux centres hospitaliers* » (Professeur Louis Soulat) (Ouest-France, 2022).

L'article de Déborah Ridel « La fabrique des inégalités aux urgences : Entre contraintes organisationnelles et pratiques discriminantes chez les infirmières d'accueil et d'orientation (IAO). » résume bien le contexte : « *Dans le contexte de restriction budgétaire du milieu hospitalier, les soignants sont confrontés à un dilemme : comment prendre en charge efficacement les patients en situation critique si, en même temps, il faut prendre en charge des patients dont le problème ne correspond pas à la définition médicale de l'urgence alors que l'on manque de place, de moyens matériels et de personnel ?* » (Ridel, 2020).

Les professionnel.les rencontrés sont tous.tes conscient.es du stress engendré par le passage aux urgences, notamment pour les victimes de violences sexuelles. Les urgences sont des lieux peu confidentiels, où il règne une certaine violence, envers le personnel (agressions physiques et verbales), mais également envers les patient.es (manque de patience et de compréhension du personnel, agressions d'autres patient.es, ...), comme mentionné dans un autre entretien : « *Et là effectivement le fait d'arriver, on a subi, alors c'est plutôt des femmes, on a subi un viol, on se retrouve sur un brancard, dans un couloir, avec autour, des hommes. Des hommes qui en plus peuvent avoir le profil des agresseurs,*

qui en tout cas peuvent être inquiétants. On a de la psychiatrie, on a beaucoup d'addictologie, donc on a beaucoup de gens qui arrivent alcoolisés. » (IAO).

2.2.2 La gestion du flux patient

Près de 200 personnes passent chaque jour aux urgences de Rennes et la pression médicale y est importante, ce qui laisse peu de temps pour les explications et pour la prise en soin complète et satisfaisante des personnes. Cela est soutenu par l'article « Démobiliser les soignant-e-s ? Logiques spatiales, organisationnelles et institutionnelles à l'hôpital » : *« De même, avec l'augmentation du flux de patient-e-s, le manque de personnel et le manque de temps, le relationnel devient secondaire. »* (Ridel & Sainsaulieu, 2021).

« Après la question, pareil, là l'autre jour, la patiente qui est venue ici, elle a été codifiée code 4, donc un peu moins urgent, sauf que y'avait quand même une urgence à la voir rapidement, parce que c'est quand même des problématiques... en dehors du stress lié au crime sexuel, t'as un stress en lien avec les urgences, la laisser aux urgences. Voilà. »
(Médecin aux urgences)

2.2.3 Délais de prise en charge

Tout d'abord, les temps d'attente prolongés aux urgences entraînent un niveau d'anxiété élevé chez les personnes, qui en viennent même à minimiser l'importance du risque prit. En outre, la longueur du délai de prise en charge réduit l'efficacité du traitement post-exposition. Les services d'urgence semblent peu adaptés à cette prise en charge, en raison d'un manque de confidentialité, de locaux peu rassurants et d'un personnel peu disponible. De plus, les personnes qui se rendent aux urgences appréhendent les discours moralisateurs et les jugements sur leurs pratiques sexuelles. Ces comportements de la part du personnel sont vécus ou anticipés par les personnes qui se rendent aux urgences, comme détaillé dans l'étude.

2.2.4 Maîtrise des protocoles

Dans les personnes interrogées, deux travaillent au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Pontchaillou. Ils sont donc en première ligne dans la prise en soin des personnes ayant eu un accident d'exposition sexuelle, en dehors des heures d'ouverture du service des maladies infectieuses. Les chiffres concernant les passages aux urgences pour ce

motif n'ont pas pu être obtenus, mais toutes les entrées sont indiquées dans le logiciel ResUrgences spécifique à ce service d'urgence.

Le protocole écrit est l'outil central pour répondre aux AES, car la procédure à suivre dans chaque situation est claire et détaillée. Cependant, sa perception varie d'un service à l'autre. Aux urgences, le protocole semble bien établi dans la pratique. Il guide les médecins dans l'entretien, l'évaluation des risques et la prescription d'un TPE, ainsi que dans les examens biologiques à réaliser, et permet d'assurer une bonne prise en soin malgré le « turn-over » assez important du personnel et des internes en médecine. Par ailleurs, cela permet de pallier le manque de temps disponible pour former les nouvelles arrivant.es. Par exemple, le praticien hospitalier enquêté, arrivé aux urgences de Rennes depuis moins d'un an, décrit la prise en soin des personnes ayant eu un AES dans ce service comme suit : *« Effectivement, on a, l'ordonnance papier et un protocole qui est établi au niveau des Urgences, dès l'admission. Justement le protocole AES, on coche des cases, donc c'est un peu tout con, et les traitements, contre le VIH, contre le VHB effectivement, derrière, la pilule et les médicaments. »*. Par ailleurs, ayant été interne puis praticien aux urgences, il note que *« j'ai jamais ressenti de difficulté à prendre en charge ce genre de personnes, parce que c'est quand même assez, plutôt, bien protocolisé, y'a une bonne filière qui marche bien. »*. L'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) semble partager le constat du bon fonctionnement de la filière AES, tout en soulignant le caractère exceptionnel des accidents d'exposition sexuelle : *« Y'en a pas tant que ça, d'accidents d'exposition. Mais ouais, nous, on a une filière dédiée, on a une filière particulière, donc on est sensibilisés. Plutôt pour nous, que pour les patients. Après, effectivement, à part pour... C'est quelque chose qui est spécifique aux maladies infectieuses ou aux urgences, mais effectivement, ces accidents d'exposition ils sont pas... ils arrivent pas dans d'autres services quoi. C'est spécifique comme filière, soit aux urgences, soit aux maladies infectieuses »*. Les AES sont protocolisés et la démarche à suivre est assez claire aux urgences, bien que ces accidents ne surviennent pas de façon quotidienne.

La médecine légale, qui prend en soin des victimes de violences sexuelles, est en marge du protocole AES et oriente les personnes vers la suite du parcours de soins. Les infirmières qui travaillent en maladies infectieuses sont chargées de réaliser les examens biologiques mentionnés dans les protocoles. Les tests sont clairement indiqués et ne semblent pas poser de difficultés particulières. Par ailleurs, les internes de ce service sont formé.es au protocole et aux consultations de réévaluation des AES par les médecins seniors.

Ainsi, le protocole AES mis en place au CHU de Rennes ne semble pas poser de problème particulier aux professionnel.les de santé.

L'article « Freins et leviers de la prise en charge du traitement post-exposition au VIH » a montré que la maîtrise des protocoles AES est très variable. L'urgence du TPE est interprétée différemment, ce qui entraîne des variations dans les délais et circuits de prise en soin : *« La notion de priorité diffère selon les établissements. Aux urgences, les « filières » auxquelles sont affiliés les patients varient [...] On constate que le caractère prioritaire n'est pas toujours bien interprété par les soignants. À titre d'exemple, un participant raconte un refus de prise en charge, s'étant vu recommandé de revenir le lendemain lorsque le service serait moins chargé. »* (Charpentier et al., 2016).

Les volontés des patient.es semblent également influencer les pratiques de délivrance, par exemple si la personne demande un TPE alors qu'il n'est pas indiqué. En interrogeant le médecin des urgences à ce sujet, sa réponse a été la suivante : *« Moi je n'ai pas trop eu de cette chose je crois. En mémoire, c'est pas trop arrivé. Mais je pense qu'il faut expliquer, au final, que y'a pas de bénéfices, l'intérêt ça va être surtout la réévaluation avec peut-être un collègue infectiologue. Après peut-être que dans le doute c'est intéressant de le mettre, parce qu'on ne sait pas trop, mais ça pour le coup j'ai pas trop le rationnel mais réexpliquer pour le coup que au final c'est la sérologie qui va nous dire si au final y'a une séroconversion. C'est un peu l'idée. Mais dans l'idée après, c'est de prévenir le risque de transmission. »* (Médecin aux urgences). Cette situation ne semble pas trouver de réponses définitives. Par ailleurs, la situation dans laquelle la personne refuse de prendre un TPE n'a pas été évoquée au cours des entretiens, mais pourrait être explorée.

Le COREVIH de Lyon – Vallée du Rhône, en collaboration avec AIDES, avait déjà mené une étude qualitative sur le TPE aux urgences ce qui avait conduit à l'harmonisation des protocoles AES du réseau des urgences des Alpes du Nord, en partenariat avec les médecins des CeGIDD et les associations locales, dans un souci de démocratie sanitaire. Actuellement, un travail avec les appellant.es du 15 est en cours, afin de les former sur les AES, sur les conditions et délais de prescription du TPE, ainsi que sur la réorientation. Sur le territoire Arc Alpin, appeler le 15 sera bientôt la condition préalable au passage aux urgences, d'où l'intérêt de cette démarche. La formation des appellant.es du 15 et des professionnel.les paramédicaux pourrait être transposée dans d'autres territoires.

2.2.5 Prescription des traitements

Un certain nombre de difficultés dans la prescription des traitements sont également apparues dans la synthèse envoyée par Sida Info Service. Cette situation a également été constatée au CHU de Rennes par le personnel rencontré. Lors de mon entretien avec un médecin des urgences, celui-ci a relaté une situation où deux personnes étaient reparties avec un kit de démarrage ne contenant pas les doses de traitement post-exposition : *« Et effectivement, ça m'a surpris quand j'ai vu deux jeunes femmes, pour justement des problématiques de crime sexuel. Alors, elles ont eu la première dose délivrée aux urgences, moi pensant qu'elles avaient eu le kit tout fait, pour avoir interrogé les jeunes femmes pour savoir si elles avaient bien eu le kit « Oui, oui, on l'a ». Donc j'ai fait « Okay », sauf qu'au final, ce n'était pas le cas, elles sont allées en pharmacie et elles ont essayé de trouver les médicaments. Sauf que la dotation, n'est pas...est plus difficile en tout cas que la dotation hospitalière...donc voilà. Ça peut occasionner un petit stress, en plus et puis voilà. »*. La confusion du personnel hospitalier quant aux antirétroviraux à prescrire et à leur nombre a également été soulignée par l'étude de TRT-5 CHV, de même que le manque d'explications données sur le traitement et le suivi.

A cela s'ajoutent des données quantitatives et qualitatives sur l'accès au TPE, relevées entre 2021 et 2023 par SIS-association. Il s'agit notamment d'un cas où les médicaments administrés étaient périmés, où les combinaisons d'antirétroviraux étaient incorrectes, et où trop de médicaments avaient été prescrits (surdosage). Ces situations sont source d'anxiété pour les personnes ayant pris un risque sexuel et peuvent conduire à une interruption du traitement.

Les obstacles rencontrés par les personnes entraînent un retard dans la prise en soin, voir un renoncement au TPE. Le soutien et l'accompagnement des associations dans ces situations a souvent été déterminant pour l'accès au traitement, comme reporté par l'étude du collectif TRT-5 CHV.

Le rôle des services d'urgences reste essentiel dans la réponse aux accidents d'exposition sexuelle, mais cela soulève un certain nombre de questions, notamment en ce qui concerne la sensibilisation du personnel aux protocoles AES et au traitement post-exposition au VIH, et la disponibilité des ressources nécessaires pour fournir aux personnes les informations et conseils appropriés.

2.3 Difficultés structurelles

Les contraintes structurelles du suivi, telles que les longs délais de suivi, la nécessité de se déplacer ou encore le rendez-vous de réévaluation, sont des obstacles au suivi complet du traitement.

« L'idée moi, de tout ça, c'est de se dire : entre le début et la toute fin de la prise en charge de ces personnes, enlever un maximum d'obstacles pour que les gens ne se découragent pas et aillent vraiment jusqu'au bout de tout ça. » (Médecin légiste).

Cette phrase, extraite du premier entretien que j'ai réalisé, résume bien la démarche de diagnostic puis d'amélioration du parcours AES. Le médecin légiste interrogé a été directement intéressé par la démarche d'amélioration du parcours AES et impliqué dans les travaux du COREVIH. Bien qu'il n'ait pu participer au groupe de travail pour cause de congés, il a apporté des éléments essentiels à la compréhension de certains dysfonctionnements, notamment dans la prise en soin des victimes de violences sexuelles.

Le principal problème identifié lors des entretiens est la multiplicité des acteur.rices impliqués.es dans le parcours AES. Si les personnes sont vues aux urgences, un rendez-vous de réévaluation est nécessaire dans un service expert, dans un délai de 5 jours. Cela soulève divers problèmes. D'un point de vue logistique, un nouveau rendez-vous implique de libérer du temps et de se rendre disponible, ce qui peut parfois s'avérer difficile, ainsi que de se déplacer géographiquement. Par ailleurs, l'attente du rendez-vous de réévaluation peut être source de stress, ainsi que l'idée d'être confrontés à de nouvelles évaluations ou à des diagnostics graves.

Bien que l'implication de différents services offre une prise en soin plus globale, des défis émergents tels que la communication, la coordination et la continuité des soins entre ces pôles. Actuellement, il semble que la communication entre les services soit insuffisante au CHU de Rennes, ce qui pourrait entraîner des retards dans la prescription des traitements et des oublis dans le suivi des patient.es. Il n'existe pas de logiciel commun à tous les services du CHU de Rennes et donc aucun registre des AES accessible à tous.tes les professionnel.les. Chaque service a son logiciel spécifique, comme Nadis pour les maladies infectieuses ou ResUrgences pour les urgences, mais les informations sur les personnes et les traitements/soins procurés sont souvent mal détaillés dans ceux-ci. Les personnes sont donc souvent obligées de répéter les circonstances des accidents d'exposition et d'autres informations médicales et personnelles. 4 des 6 personnes interrogées au CHU de

Rennes ont parlé spontanément de la création d'un onglet commun pour les AES, afin de favoriser les échanges et le partage d'informations entre les services.

« Les informations qui serviraient et qui pourraient être demandées par l'interne des Urgences et qui peuvent être omises parce que pas le temps « J'ai eu des antécédents d'IVG, des antécédents de tel ou tel truc, a été traitée pour telle ou telle chose. ». (Médecin légiste).

« Tout le monde est lié au secret médical. Il faut imaginer un système qui simplifie les choses pour la personne, pour la victime. » (IDE).

Cet élément a été rediscuté au sein du groupe de travail AES et un médecin du CeGIDD est en train de s'informer sur la possibilité de créer un outil commun au sein du CHU. Par ailleurs, le médecin des urgences a exprimé la nécessité de remettre à jour les documents remis aux patient.es et de diversifier les modes de communication sur les AES et le TPE (flyers, protocole et documents patient.es en version électronique).

« Ce qui est plus compliqué, on a pu te le dire, c'est le parcours des personnes qui ont eu des viols. Entre les urgences, la médecine légale, la gendarmerie et nous. Ça fait 4 lieux différents, pour une prise en charge qui tourne autour de la même situation. C'est ça qu'on aurait souhaité améliorer. » (IDE).

Le parcours est particulièrement complexe dans le cas de violences sexuelles et la volonté de le simplifier pour ces personnes est apparue clairement dans tous les entretiens menés avec les professionnel.les de santé. *« C'est pour ça que moi je voulais rentrer dans cette fin là, dans le parcours, qu'est-ce qu'on peut optimiser, en tout cas nous dans le cadre judiciaire et AES, de toute façon nous malheureusement c'est déjà dramatique ce qui arrive, mais dans tout ça, nous qu'est-ce qu'on peut arrondir comme angles pour que la victime ait déjà beaucoup moins de poids sur les épaules par rapport à tout ça quoi. Essayer de fluidifier certaines choses, pour être sûr que justement ce soit, entre guillemets, un peu moins traumatisant, un peu moins pesant quoi. »* (Médecin légiste).

Les déplacements géographiques entre les services peuvent être éprouvants pour les victimes, d'un point de vue psychologique, avec la nécessité de revenir plusieurs fois sur des événements traumatisants, et dans des locaux peu propices à la création d'un lien de confiance et d'un sentiment de sécurité. Il a été mentionné les va-et-vient au sein des salles de consultations et les salles d'attentes peu accueillantes et au milieu des services :

« Disons qu'enfaites y'a des choses que tu peux pas aborder, t'es en train de parler sérieusement avec quelqu'un puis...c'est déjà quelqu'un qui a subi un traumatisme, ça rentre, ça sort, c'est un vrai moulin...Et du coup les gens s'arrêtent de parler et ça brise un peu les dynamiques quoi...Et puis, même, du coup c'est un peu dommage quoi. C'est perturbant, je pense pour le gens. Même pour nous, c'est une relation de confiance aussi. » (IDE).

Sur le plan physique, de nombreux bilans biologiques sont prescrits et les effets personnels, y compris les vêtements, peuvent être réquisitionnés par la gendarmerie, ce qui ajoute à l'inconfort et au stress.

2.3.1 Perdus de vue

« Mais y'en a quand même beaucoup qui ne vont pas jusqu'à la fin de leur suivi. Parce que là, si on reprend, là faudrait qu'on le refasse. C'est énorme le nombre de gens... » (IDE).

Un dernier point de vigilance relevé par les infirmières du service des maladies infectieuses de Rennes, est le nombre élevé de perdus de vue entre le rendez-vous à 6 semaines et celui à 3 mois post-exposition. Ces rendez-vous permettent de dépister d'éventuelles infections et de clore le suivi AES. Par ailleurs, ces consultations permettent d'assurer une prévention continue sur les risques et un soutien médical à ce sujet.

« Le premier à 42 jours, 6 semaines, ils viennent et puis ils considèrent je pense qu'ils sont rassurés. [...] Ils ont plus de traitement parce que ça dure 28 jours et ils ne voient pas l'utilité, ils ne voient pas vraiment ...ouais...l'utilité. Et c'est vrai qu'on n'a jamais eu non plus de gros problèmes. » (IDE).

La nécessité de réduire le nombre de rendez-vous de suivi et d'examens biologiques, afin d'assurer la présence des personnes aux consultations et d'alléger le parcours, a été mentionnée par le groupe de travail. Toutefois, cet aspect fait l'objet de nouvelles recommandations qui seront décrites un peu plus loin.

Par ailleurs, les perdus de vue vont de pair avec l'évaluation des risques, les personnes ayant pris un TPE sont satisfaites du suivi et décident d'arrêter après le rendez-vous à 6 semaines car suffisamment rassurés d'avoir empêché une infection au VIH. Le rôle du personnel hospitalier est ainsi de communiquer clairement sur l'intérêt des rendez-vous de suivi à long terme. Mobiliser et sensibiliser les patient.es tout au long du parcours est essentiel à leur bonne prise en soin.

3 Perspectives pour améliorer la parcours AES et pour faciliter l'accès au TPE

Cette dernière partie explore les perspectives d'amélioration du parcours AES et de facilitation de l'accès au TPE, en identifiant des stratégies et des solutions potentielles, notamment en lien avec les nouvelles recommandations prévues pour l'été 2024.

3.1 La mise en place d'un nouveau protocole par un travail collaboratif

3.1.1 Logique professionnelle d'organisation des soins

L'article de Henri Bergeron et de Patrick Castel : *Captation, Appariement, Réseau : Une logique professionnelle d'organisation des soins* apporte un éclairage précieux sur certains aspects de l'organisation du parcours AES (Bergeron & Castel, 2010). Le terme de « parcours » prend tout son sens, en effet, les personnes ayant eu une exposition sexuelle à risque de transmission du VIH doivent d'abord être « captées », par le personnel des urgences, du service des maladies infectieuses ou encore de la médecine légale. Cela revient à repérer puis à identifier ces personnes, qui sont par la suite incluses dans le système de soins, par le recueil du motif de consultation, l'évaluation du risque VIH et la prescription de traitements d'urgence (TPE et/ou contraception d'urgence). Les besoins des patient.es sont ensuite évalués et ils.elles sont orienté.es dans les services adaptés où ils.elles reçoivent des soins et des informations, c'est « l'appariement ». Enfin, la prise en soin des personnes ayant eu AES nécessite la mise en relation de plusieurs services hospitaliers, et éventuellement d'associations ou d'autres professionnel.les de santé. La coordination de ce « réseau » est essentielle afin de garantir une prise en soin globale et de qualité : « La « bonne » prise en charge, celle qui se réalise dans de bonnes conditions, résulte ainsi de la rencontre circonstanciée entre un acteur positionné sur une étape particulière de la chaîne thérapeutique et un patient rendu à certain point de sa trajectoire — en l'espèce, celle de malade — et présentant des caractéristiques particulières. » (Bergeron & Castel, 2010).

Par ailleurs, une des spécificités du parcours AES réside dans le fait que, hormis le service des maladies infectieuses, qui est le service référent pour les AES, chaque acteur.rice n'intervient que de manière ponctuelle et ne participe pas au reste du processus de prise en soin. Cette situation est évoquée dans l'article cité précédemment, qui souligne : « Dans ces conditions, le professionnel doit articuler son activité à celle d'un réseau susceptible non seulement de l'approvisionner en « bons patients » mais également, voire surtout, de prendre le relais une fois l'étape menée à terme ; ces professionnels considèrent ainsi être un des maillons d'une chaîne thérapeutique qu'ils ne contrôlent pas dans sa totalité. »

(Bergeron & Castel, 2010). « Bons patients » faisant référence ici aux patient.es adhérents facilement aux protocoles, compréhensif.ives et informé.es sur le parcours et les traitements.

Cette séparation des interventions et des soins nécessite une coordination et une communication fluide afin d'assurer une prise en soin efficace des personnes. Reconnaître les défis et travailler collectivement sur les solutions est donc essentiel afin d'améliorer le parcours AES.

L'utilisation du « réseau » semble bien ancrée dans les pratiques du CHU de Rennes, le COREVIH jouant un rôle central en faisant le lien entre les professionnel.les, les associations et certaines structures régionales comme l'ARS. La volonté d'améliorer la communication au sein du CHU, par le biais d'un outil informatique commun ou la mise en place de réunions de retours d'expériences, est apparue au cours des entretiens.

3.1.2 Mise en place d'un groupe de travail

Comme indiqué plus haut, le protocole AES est implanté depuis de nombreuses années à Rennes, et les dysfonctionnements ponctuels observés au fil des années ont conduit à la nécessité de repenser le protocole. Cette réflexion s'est appuyée notamment sur les entretiens menés avec les professionnel.les de santé du CHU de Rennes, et sur la mise en place d'un groupe de travail interdisciplinaire sur les AES. Il est ressorti de ce travail de réflexion collaboratif un accord général sur les éléments du parcours AES à améliorer.

La mise en place d'un groupe de travail réunissant les services impliqués dans la prise en soin des personnes ayant eu un AES, présente plusieurs avantages. Tout d'abord, cela permet de croiser les points de vue et les retours d'expériences de différents métiers et services. Il semblait important de créer un espace de réflexion et de collaboration dédié à la thématique AES, en facilitant la communication directe entre les services, qui ont peu de temps pour se rencontrer et échanger des idées. L'objectif principal est de garantir une meilleure prise en soin des personnes, grâce à des pratiques coordonnées et cohérentes. La pluridisciplinarité de ce groupe permet de prendre en compte tous les aspects du parcours AES, de la mise à disposition des traitements, à la prévention des violences. Par ailleurs, l'idée est de poursuivre les réunions dédiées aux accidents d'exposition sexuelle, et de créer un partenariat privilégié autour des enjeux de ce type de prise en soin.

Dans un contexte hospitalier tendu, où le personnel est constamment sollicité, il semble parfois difficile de travailler en collaboration, à la fois entre et au sein des services, comme le mentionne l'article « Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? »

de Marc Dumas (Dumas et al., 2016). Il écrit également : « (...) *l'échange entre les personnes autour du partage des pratiques de soins favorise la responsabilisation* ». Ainsi, la communication donne du sens, permet de s'approprier les protocoles et de créer une réflexion sur ceux-ci. Cela peut être mis en parallèle avec la collaboration mise en place sur le thème des AES.

Les éléments qui suivent se veulent des pistes de réflexion quant à l'ouverture du groupe de travail. En effet, certaines limites émergent de ce groupe, du fait de la présence exclusive de professionnel.les de la santé. Certains aspects de l'AES, comme les dimensions sociales et relationnelles, sont moins pris en compte, ce qui conduit à une prise en soin moins globale des personnes. Par ailleurs, les représentant.es des usager.ères locaux peuvent apporter un regard différent sur ce thème, ainsi que des idées et des solutions plus diversifiées. Enfin, l'absence des patient.es peut mener à des décisions ne répondant pas totalement à leurs besoins et attentes.

3.2 La disponibilité et la prescription des « Kits TPE » à l'hôpital et en « Hors les murs »

3.2.1 Le Kit TPE

Un élément clé dans la réponse aux accidents d'exposition au VIH, est le « Kit TPE », composé des 3 à 5 premières doses de traitement post-exposition. Ce kit, déjà en place, permet d'éviter de retarder la mise sous traitement, en le commençant le plus rapidement possible. Compte tenu du délai de 48 heures pour la première dose de TPE, ce kit d'urgence a un intérêt certain.

À Rennes, le service des urgences générales est le seul à pouvoir remettre ce kit, à condition qu'un entretien sur les risques ait été réalisé par un médecin urgentiste. Lors de mes entretiens, la question de la disponibilité des kits est beaucoup revenue. En effet, pour répondre à la demande, un certain nombre de kits doivent être disponibles dans la pharmacie des urgences afin d'assurer la prise rapide de la première dose de TPE et sa poursuite dans les jours qui suivent. Or, il s'avère que les modalités d'accès à ce kit ont été modifiées en cours d'année, et qu'il doit désormais faire l'objet d'une prescription nominative, puis être récupéré à la pharmacie du CHU par un.e soignant.e des urgences.

L'extrait d'entretien suivant résume bien les problèmes que ce nouveau mode de fonctionnement pose : « *Mais c'est vrai que, moi je dis, qu'on peut aller jusqu'à perdre quasiment une heure. Entre l'interruption de tâches du soignant qui doit se libérer pour y*

aller, le temps d'aller à la pharmacie, il suffit que t'arrives à la pharmacie et que t'aies 3, 4, 5 personnes devant toi, t'attends et t'en a pour une heure. Ça peut être long. Alors c'est un peu ballot si on met en place tout pour que les personnes soient vues rapidement... On fait un « fast-track », on casse la dynamique avec ça quoi. » (Cadre de santé aux urgences).

Le manque de disponibilité du TPE aux urgences gynécologiques du CHU de Rennes pose également question. Le médecin légiste rencontré a insisté sur ce point : les femmes, qu'elles soient victimes de violences sexuelles ou non, ont plus tendance à se rendre aux urgences gynécologiques en cas de prise de risque sexuelle. Ce lieu présente l'avantage d'être plus spécialisé dans la prise en soin des femmes et d'être moins source d'anxiété que les urgences ouvertes à la population générale. Les urgences gynécologiques sont situées à l'Hôpital Sud de Rennes, géographiquement assez éloigné des services habilités à prescrire le TPE.

« Sans forcément enlever l'activité aux urgences, parce que quand c'est très bien fait y'a pas de soucis, mais c'est-à-dire que quelqu'un qui se présente aux urgences gynéco, qu'elle puisse avoir les mêmes possibilités d'accès. [...] je me dis que quelqu'un qui se présente à l'hôpital à qui on doit dire de venir aux urgences adultes, qui doit attendre, faire la queue, faire les papiers, tout ça, c'est pas forcément très simple quoi. » (Médecin légiste).

La disponibilité du kit de démarrage aux urgences générales et gynécologiques a été rediscutée lors de la réunion du groupe de travail, notamment avec la pharmacienne en charge des antirétroviraux au CHU. La composition des kits et le coût des médicaments sont actuellement à l'étude par la personne, afin de (re)proposer le kit complet le plus rapidement possible. Le groupe de travail envisage également de prendre contact avec la Maison des Femmes et le responsable des urgences gynécologiques pour que le kit soit disponible dans ces lieux.

Certains pays, comme le Royaume-Uni, ont décidé ne plus utiliser le « Starter-Kit » TPE, car il semblait avoir un impact négatif sur la suite du traitement (Cresswell et al., 2022). En effet, une revue systématique a montré que les ordonnances complètes de 28 jours de TPE avaient des meilleurs taux de complétion et moins de refus que les kits de démarrage de 5 jours (Ford et al., 2015). De plus, près de 28% des personnes ayant reçu le kit ne se sont pas présentées à leur rendez-vous de réévaluation. Toutefois, des recherches complémentaires sont nécessaires à ce sujet.

De plus, la distribution de ce kit est liée à l'attente d'une évaluation exhaustive des risques de transmission du VIH, ce qui amène à se questionner. Si l'évaluation du risque était

complète dans les 48 heures suivant l'exposition sexuelle, le kit ne serait pas nécessaire et le risque de perdus de vue lors de la réévaluation serait moindre, mais cela semble difficile à mettre en œuvre, compte tenu de l'importance des services d'urgence dans cette prise en soin.

Ainsi, les nouvelles recommandations sur le traitement post-exposition au VIH, en cours de validation par la HAS, préconisent plutôt d'élargir les structures et les personnels habilités à prescrire le kit de démarrage et d'en simplifier l'accès au sein des services d'urgence. Outre les pharmacies et les centres de santé sexuelle, le document mentionne également les « acteurs de proximité ».

3.2.2 Expérimentation du COREVIH Arc-Alpin

Le COREVIH Arc-Alpin, avec lequel j'ai échangé, va prochainement lancer une expérimentation de distribution du « Starter-Kit TPE » en « hors les murs », par des personnes strictement non-soignantes (« Recherche clinique ANRS-Mie », 2023). En plus du COREVIH Arc-Alpin, le projet est porté par les COREVIH Ile de France-Nord, Centre-Val de Loire et par « Montpellier sans sida » et est financé par l'ANRS. Ainsi, l'idée est de former certain.es intervenant.es non-soignant.es, notamment associatifs, à la prise en soin initiale des personnes ayant eu un AES, par l'évaluation du risque de transmission du VIH et la prescription d'un kit TPE à partir des arbres décisionnels. Ainsi, les personnes ayant eu un AES pourront accéder aux premières doses du traitement dans les locaux d'associations, ou se verront apporter celui-ci par certaines structures qui pourront directement se déplacer, l'idée étant de lever les barrières géographiques à l'accès, ainsi que d'éviter la perte de temps aux urgences. Le kit TPE sera également disponible lors des actions « hors les murs » des CeGIDD. La réévaluation sera effectuée par des services experts et le suivi suivra les protocoles habituels de chaque structure.

Pour l'évaluation, un parallèle sera fait entre la prescription du kit et la réévaluation, l'objectif principal étant de mesurer l'acceptabilité. Un objectif secondaire est également d'obtenir, grâce à cette expérimentation, une idée du nombre de perdus de vue entre J0 et la réévaluation. Cette expérimentation a pour but premier de faciliter l'accès au TPE, par des leviers géographiques mais également communautaires. Les lieux prescrivant le kit de démarrage pourront également proposer un accompagnement des personnes, tant au moment de la prise du TPE qu'à l'issue de celle-ci. Le « TPE communautaire », c'est-à-dire prescrit en première intention par des acteur.rices non-médicaux, est une piste privilégiée pour favoriser l'accès au traitement post-exposition au VIH et promouvoir son utilisation.

Par ailleurs, la personne interrogée du COREVIH Arc-Alpin, a rapporté que certains salariés d'associations sont « *frileux* » et ont peur de « *faire une bêtise* » lorsqu'il s'agit de prescrire le kit TPE, alors que d'autres sont confiants dans leur capacité à prendre cette décision. Mais, « *il faut le temps de s'y mettre* » (Salariée du COREVIH Arc-Alpin). Cependant, les deux acteurs associatifs rencontrés sont favorables à ce mode de fonctionnement et se sentent déjà capables d'informer et de donner les premières doses de TPE.

Si cette expérimentation démontre son intérêt, un plaidoyer sera fait afin de pérenniser ce mode de fonctionnement au niveau national, en changeant la législation en vigueur et en harmonisant les pratiques.

3.2.3 L'importance des associations et du soutien communautaire

À Rennes, AIDES et les médecins infectiologues du CHU collaborent régulièrement, notamment lors d'actions de dépistages en « hors les murs ». En menant régulièrement des actions sur le terrain, les salariés et bénévoles des associations sont en contact direct avec les populations-cibles du VIH. Celles-ci sont l'occasion d'orienter les personnes qui déclarent avoir pris un risque, ou d'informer sur le TPE.

Par ailleurs, les associations en contact avec les publics sont formées pour parler aux différentes populations de la santé sexuelle et de la prévention des risques et des infections. Les associations de luttres contre le VIH emploient souvent des pairs, c'est-à-dire appartenant aux populations vulnérables face au VIH (LGBTQIA+, issus de l'immigration, ...) ou séropositives. En cas de signalement d'un AES, AIDES oriente les personnes vers les services d'urgences et peut également les accompagner, notamment si elles ne parlent pas le français.

Le soutien et l'accompagnement sont des leviers qui favorisent l'accès et le suivi du TPE. Les associations jouent un rôle essentiel en assurant une prise en charge globale et coordonnée dans le cadre d'un parcours de santé sexuelle.

La décentralisation de la prise en soin des personnes ayant eu un AES, dans des lieux autres que les hôpitaux implique une collaboration étroite entre les médecins, les pharmacies et les acteur.rices communautaires pour assurer une évaluation des risques et un suivi adéquats. En s'appuyant sur les progrès réalisés dans la prescription de la PrEP, cela pourrait permettre de maximiser la promotion du TPE et la prévention globale du VIH.

3.2.4 Formation du personnel sur la prescription et la distribution des kits et sur le suivi des AES : IAO et IDE

Les nouvelles recommandations sur le TPE, mentionnent la délégation de la prescription du kit TPE aux infirmiers et infirmières des hôpitaux, qu'il s'agisse des IAO des urgences ou des infirmier.ères des maladies infectieuses. Ainsi, aux urgences, la première dose de TPE pourrait être administrée dès l'enregistrement du motif de consultation, sans avis médical. L'entrée administrative et l'IAO seraient alors les seules étapes aux urgences, jusqu'à la consultation de réévaluation. Cela permet un gain de temps, tant pour les personnes que pour les professionnel.les de santé, et de réduire le nombre d'interlocuteur.rices. Lorsque j'ai demandé à l'IAO ce qu'il pensait de cette délégation de tâches, il a répondu : *« Oui, oui, pourquoi pas. Après, c'est comme on disait, on est à 200 entrées par jour et ça dépend aussi quels moments, parce que ça veut, que tout doit être fait rapidement, le truc c'est, que si on détache un infirmier pour s'occuper de ces patients-là, le truc c'est que, ça peut être compliqué pour la gestion. [...] Y a des moments de la journée où ça doit être possible, mais y a d'autres moments... »*. Il ajoute en fin d'entretien : *« Si, effectivement, y'avait des, si les recommandations indiquaient que l'infirmier pourrait le faire, il faudrait qu'on soit formés quoi, parce qu'effectivement, pour l'instant, on n'a pas de... On ne connaît pas précisément les cas dans lesquels le TPE est recommandé ou pas. Enfaite le problème c'est que nous on ne peut pas clôturer, la reconvoction elle se fait uniquement par clôture médicale du dossier. C'est-à-dire, que moi je ne peux pas faire ça, je ne peux pas décider de dire qu'un patient est sortant, je ne peux pas clôturer son dossier et du coup il faut que ce soit médical et du coup la reconvoction, de la même façon, elle est médicale. »* (IAO). Certains éléments organisationnels freinent donc cette délégation de tâches, que ce soit la rupture du flux patient et le temps qu'il est possible d'accorder aux patient.es, ou la nécessité d'avoir un regard et une intervention médicale sur chaque dossier.

Selon l'HAS : *« Dans un système de santé confronté à de multiples défis, les coopérations et les partages de tâches entre professionnels de santé, sont de nature à réduire les délais d'accès aux soins, à renforcer l'attractivité des métiers et à améliorer la qualité des services rendus. »* (Haute Autorité de Santé, 2024a). Ainsi, grâce à des protocoles de coopération, les professionnel.les de santé peuvent transférer des activités de soins et de prévention entre eux ou réorganiser leurs modes de prise en soin. Au CeGIDD de Rennes, par exemple, il est prévu que les médecins infectiologues délèguent certaines tâches aux infirmier.ères, qui gagneront en compétences par le biais de formations. Ils/Elles seront ainsi habilité.es à prescrire la PrEP, ainsi qu'à suivre les AES, comme mentionné par une IDE rencontrées au service des maladies infectieuses de Rennes. Cela fait suite à

l'arrêté d'octobre 2021, et les formations devraient débuter prochainement (*Arrêté du 29 octobre 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Consultation de santé sexuelle par l'infirmier ou l'infirmière en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et centre de santé sexuelle, en lieu et place du médecin »*, 2021).

Les facilitateurs qui ressortent de la revue de littérature et des retours obtenus sont cohérents. Il s'agit notamment de la nécessité de diversifier les lieux d'accès au traitement, de l'importance de l'accompagnement communautaire, de la formation du personnel des urgences aux AES et à l'accueil des personnes, et de la simplification des protocoles.

3.3 L'avenir de la prescription du TPE

3.3.1 Les nouvelles recommandations sur le traitement préventif post-exposition au VIH

En 2021, le CNS et l'ANRS ont interpellé la Haute Autorité de Santé afin de proposer une actualisation des « Recommandations de prise en charge thérapeutique médicamenteuse, curative et préventive, des personnes vivant avec ou exposées au VIH » (Jessica, 2022). La question cinq de celles-ci concerne les recommandations thérapeutiques pour les traitements pré- et post-exposition pour la prévention de l'infection au VIH. Suivant la méthodologie des « Recommandations pour la pratique clinique (RPC) » de la HAS, des groupes de travail ont été constitués pour chaque question, réunissant divers.es acteur.rices du monde médical et des représentant.es d'usager.ères (Haute Autorité de Santé, 2020). Concernant le traitement préventif post-exposition au VIH, les nouvelles recommandations devraient être publiées au cours de l'été 2024. Ainsi, ces nouvelles recommandations s'adressent aux professionnel.les de santé impliqué.es dans la santé sexuelle, aux patient.es exposé.es au risque d'infection par le VIH et aux associations engagées dans ce domaine (Haute Autorité de Santé, 2024b).

Les objectifs de ces recommandations sont les suivants :

- Permettre aux professionnel.les de santé de soutenir les personnes exposées au risque VIH, et de prescrire le TPE ou un kit de démarrage dans l'attente d'une réévaluation du risque.
- Habilitier les professionnel.les à informer sur tous les aspects du TPE, d'évaluer le besoin de prescription et d'assurer le suivi de celle-ci.

Cédric Arvieux est le rédacteur principal de ces recommandations, ce qui m'a permis d'y avoir accès lors de mon stage au COREVIH Bretagne. Elles ont été particulièrement utiles pour anticiper les évolutions futures de la prise en soin des personnes ayant eu une exposition sexuelle, et pour proposer une refonte du protocole AES prenant en compte les nouvelles évolutions.

La figure suivante représente l'algorithme permettant l'indication du TPE après une exposition sexuelle.

Figure 1. Algorithme d'indication au TPE après exposition sexuelle

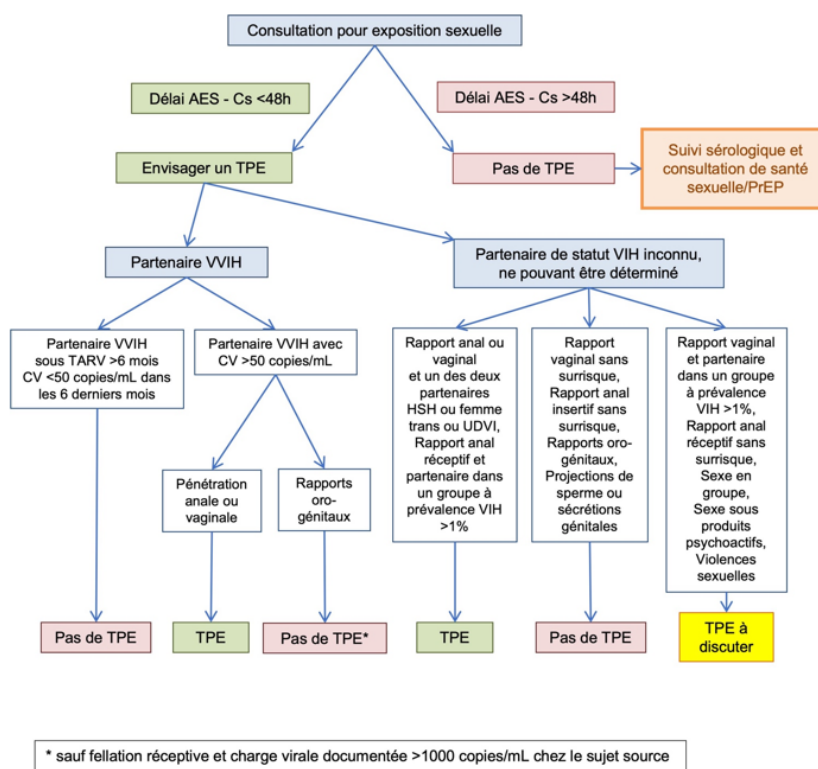


Figure 1 : Capture d'écran de l'algorithme d'indication au TPE après exposition sexuelle, issu des nouvelles recommandations sur le traitement préventif post-exposition au VIH prévues à l'été 2024

Les nouvelles recommandations incluent de nouvelles modalités de suivi, notamment en cas de relais PrEP. Ainsi, la PrEP peut être commencée directement après le bilan biologique de fin du traitement post-exposition, à 4 semaines post-exposition.

Le bilan VIH et IST est déplacé à 10 semaines après l'AES en cas de TPE. S'il y'a un risque d'hépatites, les contrôles VIH, IST et hépatites seront réalisés à 12 semaines. Néanmoins, sur demande de la personne, l'évaluation du risque VIH peut se faire en amont (à 6 ou 10 semaines post-exposition). La répartition des bilans prend en compte les temps d'incubation des différentes infections, mais doit s'adapter aux besoins et risques

spécifiques de chacun.e, notamment en lien avec les statuts sérologiques de la personne source. Les nouvelles recommandations incluent un seul rendez-vous de suivi, afin d'éviter les bilans inutiles et d'alléger le parcours. Néanmoins, le risque de perte d'adhérence au traitement et/ou au suivi pourrait poser problème.

Actuellement, l'utilisation de la doxycycline en post-exposition fait l'objet de nombreux débats dans le monde des maladies infectieuses. Cet antibiotique peut être utilisé en première intention dans le traitement de certaines IST, notamment *chlamydia* et syphilis, contribuant ainsi à réduire leur incidence globale. La doxycycline pourrait être systématiquement prescrite en même temps que le TPE en cas d'AES. Cependant, comme tout médicament, ce composé peut induire des résistances bactériennes, et malgré son efficacité prouvée, son utilisation plus automatisée reste soumise à des études complémentaires dans ce domaine. Ainsi, dans les nouvelles recommandations, l'utilisation de la Doxycycline 200 mg n'est recommandée en prévention post-exposition que pour les HSH et les femmes trans, qui ont eu plus de deux IST dans les 12 derniers mois, et dans toutes les situations où le dépistage ne couvrirait pas le risque.

Enfin, d'autres mesures sont recommandées afin de garantir un accès facilité et rapide au TPE. De plus, le protocole de suivi des AES aux urgences, doit prévoir la première prise de TPE sans entretien médical ou bilans biologiques préalables, notamment par le biais de l'IAO. L'accès au kit de démarrage du TPE doit être étendu aux pharmacies et aux acteur.rices de proximité, et sa prescription à tous.tes les sage-femmes, médecins et dans les centres de santé sexuelle, avec réévaluation dans les cinq jours par les services experts du VIH.

3.3.2 Modèles de prescription simplifiés et décentralisés

La primo-prescription de la PrEP par les médecins généralistes est autorisée depuis juin 2021. Cette initiative a permis l'augmentation continue des prescriptions de PrEP (EPI-PHARE, 2023), malgré le fait que certaines populations, comme les femmes, soient encore peu touchées (Assurance Maladie, 2024). Les médecins de ville ont été formés grâce à divers outils, dont FormaPrEP (SFLS, s. d.) mis en place par la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS), qui permet de former à distance à la prescription et au suivi de ce traitement préventif. Par ailleurs, cela s'inscrit dans la nécessité d'aborder la santé sexuelle dans les consultations de médecine générale, et au « *besoin de libérer le dialogue entre soignant et soigné* » (Leroy, 2022). FormaSantéSexuelle, le nouveau programme en ligne de la SFLS, répond à ce besoin en formant tous.tes les professionnel.les de santé à la santé sexuelle. En décentralisant la prescription du TPE, les médecins généralistes

pourraient jouer un rôle crucial dans l'accès rapide à ce traitement, en permettant aux personnes de recevoir une ordonnance sans obstacle majeur. Cette prescription simplifiée pourrait inclure des consultations téléphoniques ou des téléconsultations pour réduire les déplacements, l'avantage étant que la prise en soin des personnes ayant eu une exposition sexuelle potentielle (sans violences) ne nécessite pas d'emblée un examen clinique.

Conclusion

Résultats

En réalisant ce diagnostic sur la prise en soin des personnes ayant eu un accident d'exposition sexuelle (AES), l'objectif était d'identifier les dysfonctionnements en amont et au cours du parcours de soins. L'état des lieux a été réalisé en combinant des entretiens avec divers.es acteurs et actrices du secteur de la santé et/ou de la lutte contre le VIH, des retours d'expérience des personnes concernées par le biais des associations, ainsi qu'une revue de la littérature sur le sujet. Cette approche a permis de mettre en évidence certaines pistes d'amélioration concernant ce parcours de soins, qui devraient avoir des bénéfices immédiats non seulement pour les personnes concernées, mais aussi pour le système de santé et la santé publique dans son ensemble.

Comme indiqué dans l'introduction, le TPE n'est pas vraiment coût-efficace, mais l'amélioration de l'accès à ce traitement peut réduire l'anxiété des personnes susceptibles d'être exposées au VIH. Par ailleurs, les consultations qui suivent un AES sont l'occasion d'informer les personnes sur la santé sexuelle et de les intégrer dans le système de soins. Elles permettent également de sensibiliser au risque VIH et à ses modes de transmissions, contribuant ainsi à l'effort de santé publique visant à mettre fin à l'épidémie du sida. Le TPE doit être plus largement promu, tant au sein des communautés les plus vulnérables qu'auprès de la population générale. Des campagnes de prévention plus intensives sont nécessaires. La mise en place de modèles simplifiés de prescription du « Kit TPE » ou du traitement dans son ensemble est essentielle pour garantir un accès plus large et plus rapide au traitement post-exposition. Pour améliorer la prise en soin des personnes, il est crucial de favoriser la continuité des protocoles, de déléguer certaines tâches entre professionnel.les de santé et aux associations, afin de faciliter l'accès rapide au traitement, et de garantir la formation continue des professionnel.les de santé ainsi que des acteur.rices communautaires. L'implication des associations dans la diffusion de l'information et l'accompagnement des personnes est essentielle pour créer un environnement favorable. Enfin, l'intégration de ces mesures dans une stratégie globale de santé publique pourrait contribuer à réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH et à améliorer la qualité globale des soins et de la vie.

Limites

Le diagnostic décrit présente certaines limites et aurait pu être complété en diversifiant les personnes rencontrées au sein du CHU et de la ville de Rennes. Des internes des services

d'urgence ou du service des maladies infectieuses, ainsi que d'autres praticien.nes hospitalier.ères, auraient pu être interrogé.es pour croiser les points de vue et les expériences. Par ailleurs, les personnes rencontrées connaissaient toutes le protocole AES et l'existence du traitement post-exposition au VIH. Le personnel administratif, en particulier les secrétaires du service des urgences, aurait fourni des informations sur la communication entre les services et des chiffres plus précis sur le nombre de passages aux urgences pour accident d'exposition sexuelle. Interroger des personnes ayant eu un accident d'exposition sexuelle et ayant fait le parcours au CHU de Rennes aurait apporté des informations précieuses sur l'accès aux soins et la compréhension des traitements et des protocoles. Cela aurait permis de mieux identifier les forces et les dysfonctionnements du système actuel, par une approche plus globale. Enfin, la diffusion et l'accès à l'information sur ce sujet dans des services plus diversifiés du CHU auraient pu être analysés.

Au cours de mon stage, il est apparu clairement que pour améliorer le parcours AES, il fallait distinguer les « AES en cas de rapports consentis », des « AES en cas de rapports non consentis ». En effet, les problématiques, enjeux et les conséquences diffèrent entre ces deux situations, et pour améliorer réellement l'accès au traitement post-exposition, il faut prendre en compte les spécificités de ces populations. Ce mémoire se concentre davantage sur les accidents d'exposition sexuelle après des rapports sexuels consentis mais il semble que le même travail doive être réalisé avec les acteur.rices et services impliqués dans la prise en soin des victimes de violences sexuelles.

Bibliographie

- 30 ans | Sida Info Service, depuis 30 ans à votre écoute. (s. d.). Consulté 5 juin 2024, à l'adresse <https://30ans.sida-info-service.org/>
- AIDES. (2020). *Rapport discriminations 2020* | Aides. <https://www.aides.org/publication/rapport-discriminations-2020>
- Arrêté du 29 octobre 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Consultation de santé sexuelle par l'infirmier ou l'infirmière en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et centre de santé sexuelle, en lieu et place du médecin »*—Légifrance. (2021). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044294447>
- Article 12—Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1)*—Légifrance. (2004). https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000002433632/
- Arvieux, C., Chanvrlil, H., Duthé, J.-C., Jovelin, T., Morlat, C., Poisson-Vannier, M., Thierry, M., & Touboulic, K. (2023). *Santé publique France—Cellule Bretagne*.
- Assurance Maladie. (2024, janvier 25). *Les prescriptions de PrEP augmentent mais ne touchent pas encore tous les publics concernés*. <https://www.ameli.fr/rhone/medecin/actualites/les-prescriptions-de-prep-augmentent-mais-ne-touchent-pas-encore-tous-les-publics-concernes>
- Barré-Sinoussi, F., Chermann, J. C., Rey, F., Nugeyre, M. T., Chamaret, S., Gruest, J., Dauguet, C., Axler-Blin, C., Vézinet-Brun, F., Rouzioux, C., Rozenbaum, W., & Montagnier, L. (1983). Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science (New York, N.Y.)*, 220(4599), 868-871. <https://doi.org/10.1126/science.6189183>
- Berdougo, F., & Girard, G. (2017). *La fin du sida est-elle possible ?* (Textuel).
- Bergeron, H., & Castel, P. (2010). Captation, appariement, réseau : Une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du travail*, 52(4), Article 4. <https://doi.org/10.4000/sdt.15179>

- Blanc, A., Bonnet, F., Brun-Vezinet, F., Costagliola, D., Dabis, F., Delobel, P., Faye, A., Fischer, H., Goujard, C., Guillon, M., Hoen, B., L'Henaff, M., Lortholary, O., Mandelbrot, L., Matheron, S., Piroth, L., Poizot-Martin, I., Rey, D., Rouzioux, C., ... Tattevin, P. (2017). *Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH*.
- Carrieri, M. P., Bendiane, M. K., Moatti, J. P., & Rey, D. (2006). Access to HIV prophylaxis for survivors of sexual assault : The tip of the iceberg. *Antiviral Therapy*, 11(3), 391-392.
- Centers for Disease Control. (1981). *Pneumocystis Pneumonia—Los Angeles*. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report. https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm
- Centers for Disease Control and Prevention. (1998). *Management of Possible Sexual, Injecting-Drug-Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV, Including Considerations Related to Antiretroviral Therapy Public Health Service Statement*. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00054952.htm>
- Charpentier, N., Quatremère, G., Mabire, X., Roduit, S., Laguette, V., Spittler, D., Guillois, E., Martin, C., Rojas Castro, D., & Préau, M. (2016). Freins et leviers de la prise en charge du traitement post-exposition au VIH. *Santé Publique*, 28(6), 791-799. <https://doi.org/10.3917/spub.166.0791>
- COREVIH Bretagne. (s. d.). Consulté 4 novembre 2023, à l'adresse <http://www.corevih-bretagne.fr/>
- Cresswell, F., Asanati, K., Bhagani, S., Boffito, M., Delpech, V., Ellis, J., Fox, J., Furness, L., Kingston, M., Mansouri, M., Samarawickrama, A., Smithson, K., Sparrowhawk, A., Rafferty, P., Roper, T., Waters, L., Rodger, A., & Gupta, N. (2022). UK guideline for the use of HIV post-exposure prophylaxis 2021. *HIV Medicine*, 23(5), 494-545. <https://doi.org/10.1111/hiv.13208>
- Décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. - *Légifrance*. (2005). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006052710>
- Dolezal, C., Frasca, T., Giguere, R., Ibitoye, M., Cranston, R. D., Febo, I., Mayer, K. H., McGowan, I., & Carballo-Diéguez, A. (2015). Awareness of post-exposure prophylaxis (PEP) and pre-exposure prophylaxis (PrEP) is low but interest is high among men engaging in condomless anal sex with men in Boston, Pittsburgh, and San Juan. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*, 27(4), 289-297. <https://doi.org/10.1521/aeap.2015.27.4.289>

- Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : Ce qui fait équipe ? *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 20, 5(1), 45-67. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>
- Ekezie, W., Awwad, S., Krauchenberg, A., Karara, N., Dembiński, Ł., Grossman, Z., del Torso, S., Dornbusch, H. J., Neves, A., Copley, S., Mazur, A., Hadjipanayis, A., Grechukha, Y., Nohynek, H., Damnjanović, K., Lazić, M., Papaevangelou, V., Lapii, F., Stein-Zamir, C., ... for the ImmuHubs Consortium. (2022). Access to Vaccination among Disadvantaged, Isolated and Difficult-to-Reach Communities in the WHO European Region : A Systematic Review. *Vaccines*, 10(7), Article 7. <https://doi.org/10.3390/vaccines10071038>
- Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ?* (s. d.). Consulté 12 juin 2024, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae/documents/article/enquete-nationale-de-prevalence-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-volet-natchla-de-l-enquete-csf-2006-.a-quelles-personnes-proposer-un-depis>
- EPI-PHARE. (2023, novembre 29). *Suivi de l'utilisation de la PrEP au VIH*. EPI-PHARE. <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2023/>
- Ford, N., Venter, F., Irvine, C., Beanland, R. L., & Shubber, Z. (2015). Starter Packs Versus Full Prescription of Antiretroviral Drugs for Postexposure Prophylaxis : A Systematic Review. *Clinical Infectious Diseases*, 60(suppl_3), S182-S186. <https://doi.org/10.1093/cid/civ093>
- Girard, G. (2015). Réduire les risques : Homosexualité, prévention du VIH et controverses associatives. *Politix*, n° 108(4), 99-119. <https://doi.org/10.3917/pox.108.0099>
- Gott, M. (2003). Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care : A qualitative study with older people. *Family Practice*, 20(6), 690-695. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm612>
- Gottlieb, M. S., Schroff, R., Schanker, H. M., Weisman, J. D., Fan, P. T., Wolf, R. A., & Saxon, A. (1981). Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men : Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *The New England Journal of Medicine*, 305(24), 1425-1431. <https://doi.org/10.1056/NEJM198112103052401>

- Grulich, A. E., & Zablotska, I. (2010). Commentary : Probability of HIV transmission through anal intercourse. *International Journal of Epidemiology*, 39(4), 1064-1065. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq101>
- Haute Autorité de Santé. (2020). *Recommandations pour la pratique clinique (RPC)*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_431294/fr/recommandations-pour-la-pratique-clinique-rpc
- Haute Autorité de Santé. (2024a). *Accélérer les coopérations et les partages de tâches entre professionnels de santé*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3500091/fr/accelerer-les-cooperations-et-les-partages-de-taches-entre-professionnels-de-sante
- Haute Autorité de Santé. (2024b). *Recommandations sur le traitement préventif post-exposition au VIH. Document de travail*.
- Hogg, R. S., Heath, K. V., Yip, B., Craib, K. J. P., O'Shaughnessy, M. V., Schechter, M. T., & Montaner, J. S. G. (1998). Improved Survival Among HIV-Infected Individuals Following Initiation of Antiretroviral Therapy. *JAMA*, 279(6), 450-454. <https://doi.org/10.1001/jama.279.6.450>
- INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGS/SP2/2018/94 du 5 avril 2018 relative à la compétence territoriale et au fonctionnement des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH). (2018). <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43300>
- Jessica, L. (2022). *Prise en charge thérapeutique, curative et préventive, des personnes vivant avec le VIH et des personnes exposées au VIH*.
- Jourdain, H., De Gage, S. B., Desplas, D., & Dray-Spira, R. (2022). Real-world effectiveness of pre-exposure prophylaxis in men at high risk of HIV infection in France : A nested case-control study. *The Lancet Public Health*, 7(6), e529-e536. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00106-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00106-2)
- Laëtitia, G. (2021). *Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19—Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire*.
- Le Vu, S., Le Strat, Y., Barin, F., Pillonel, J., Cazein, F., Bousquet, V., Brunet, S., Thierry, D., Semaille, C., Meyer, L., & Desenclos, J.-C. (2010). Population-based HIV-1 incidence in

- France, 2003-08 : A modelling analysis. *The Lancet. Infectious Diseases*, 10(10), 682-687.
[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70167-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70167-5)
- Leroy, C. (2022). *Prophylaxie Pré-Exposition au VIH (PrEP) : Ressentis des médecins généralistes des Hauts de France suite à l'extension de la primo-prescription à tous les médecins*.
- Les violences sexuelles | Ministère de la justice. (2023, novembre 30).
<https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/violences-sexuelles>
- Lettre de Daniel Defert proposant la création de AIDES (29 septembre 1984) | PDF. (s. d.). Consulté 5 juin 2024, à l'adresse <https://fr.slideshare.net/slideshow/lettre-de-daniel-defert-29septembre1984/36195245>
- Lot, F., Larsen, C., & Herdia, M. (s. d.-c). *Prophylaxie post-exposition au VIH : Évaluation nationale et étude coût-efficacité. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance, 1996-2005*. Consulté 7 mai 2024, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/prophylaxie-post-exposition-au-vih-evaluation-nationale-et-etude-cout-efficacite.-lutte-contre-le-vih-sida-et-les-infections-sexuellement-transmi>
- Luo, L., Huang, J., & Li, H. (2023). Barriers to sexual health-seeking behaviors for Chinese women. *Archives of Women's Mental Health*, 26(5), 581-588. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01348-7>
- Mathias, A., Santos, L. A. dos, Grangeiro, A., & Couto, M. T. (2021). HIV risk perceptions and post-exposure prophylaxis among men who have sex with men in five Brazilian cities. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 5739-5749. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.29042020>
- Ministère de l'Intérieur et des Outre-Mer. (2022). *L'enquête Vécu et ressenti en matière de sécurité (VRS)*. <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-VRS>. <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-VRS>
- Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (2023). *Santé sexuelle*. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
- Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (2024). *La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues*. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues>

- ONUSIDA. (2023). *Communiqué de presse : La voie pour mettre fin au sida d'ici 2030 stimulera les progrès vers la réalisation de nombreux autres Objectifs de développement durable*. https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/september/20230920_unga-hiv-progress
- Nohra, S. (2022, octobre 11). *Santé. Comment éviter d'attendre 6 h voire plus aux urgences du CHU de Rennes ?* Ouest-France.fr. <https://www.ouest-france.fr/bretagne/rennes-35000/sante-comment-eviter-d-attendre-6-h-voire-plus-aux-urgences-du-chu-de-rennes-3e664eec-496f-11ed-8da3-410856ccb182>
- Paicheler, G. (1997). Modèles pour l'analyse et la gestion des risques liés au VIH : Liens entre connaissances et actions. *Sciences Sociales et Santé*, 15(4), 39-71. <https://doi.org/10.3406/sosan.1997.1411>
- Paicheler, G. (2005). Les associations de lutte contre le sida et la communication publique : Une influence minoritaire. *Hermès, La Revue*, 41(1), 103-109. <https://doi.org/10.4267/2042/8960>
- Palich, R. (2015). *Expérience de consultation AES chez des homosexuels séropositifs* [Thèse de médecine].
- Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*. (s. d.). Consulté 8 janvier 2024, à l'adresse <https://www.cepel.org/parcours/>
- Patel, P., Borkowf, C. B., Brooks, J. T., Lasry, A., Lansky, A., & Mermin, J. (2014). Estimating per-act HIV transmission risk : A systematic review. *AIDS (London, England)*, 28(10), 1509-1519. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000298>
- PEP2PrEP: an effective HIV risk-reduction strategy*. (2024). https://www.natap.org/2024/CROI/croi_205.htm
- Pialoux, G., & Lert, F. (2010). *Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST*. (2010). <https://vih.org/vih-et-sante-sexuelle/20100112/nouvelles-methodes-de-prevention-et-reduction-des-risques/>
- Pialoux, P. G. (2009). *Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST*.
- Populations clés* | ONUSIDA. (s. d.). Consulté 20 mai 2024, à l'adresse <https://www.unaids.org/fr/topic/key-populations>

- Pourette, D. (2013). Prise en charge du VIH et de l'hépatite B chronique chez les migrants subsahariens en France : Le rôle-clé de la relation médecin-patient. *Santé Publique*, 25(5), 561-570. <https://doi.org/10.3917/spub.135.0561>
- Quatremère, G., Roduit, S., Charpentier, N., Spittler, D., Guillois, E., Laguette, V., Mabire, X., Martin, C., Rojas Castro, D., & Préau, M. (2016). *QUALIPEP, Résultats de l'étude sur le recours au Traitement Post-Exposition contre le VIH/sida*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10334.23361>
- Recherche clinique ANRS-Mie : Initiation du traitement post exposition par des non soignants - Vers des alpes sans sida en 2030 - COREVIH Arc Alpin. (2023, juillet 27). *Vers des alpes sans sida en 2030 - COREVIH Arc Alpin*. <https://www.alpesansida.fr/recherche-clinique-anrs-mie-initiation-du-traitement-post-exposition-demedicalise/>
- Rey, D., Bouhnik, A. D., Peretti-Watel, P., Obadia, Y., & Spire, B. (2007). Awareness of non-occupational HIV postexposure prophylaxis among French people living with HIV: The need for better targeting. *AIDS*, 21(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000255088.44297.26>
- Ridel, D. (2020). La fabrique des inégalités aux urgences : Entre contraintes organisationnelles et pratiques discriminantes chez les infirmières d'accueil et d'orientation (IAO). *Emulations - Revue de sciences sociales*, 35-36, Article 35-36. <https://doi.org/10.14428/emulations.03536.08>
- Ridel, D., & Sainsaulieu, I. (2021). Démobiliser les soignant-e-s ? Logiques spatiales, organisationnelles et institutionnelles à l'hôpital. *Espaces et sociétés*, 183(2), 51-66. <https://doi.org/10.3917/esp.183.0051>
- Santé Publique France. (s. d.). *Prophylaxie antirétrovirale après agression sexuelle : Expérience d'une unité de consultations médico-judiciaires*. Consulté 5 juin 2024, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/prophylaxie-antiretrovirale-apres-agression-sexuelle-experience-d-une-unite-de-consultations-medico-judiciaires>
- Santé Publique France. (s. d.-a). *Bulletin de santé publique VIH-IST. Novembre 2023*. Consulté 20 mai 2024, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2023>

- Schüpbach, J., Popovic, M., Gilden, R. V., Gonda, M. A., Sarngadharan, M. G., & Gallo, R. C. (1984). Serological analysis of a subgroup of human T-lymphotropic retroviruses (HTLV-III) associated with AIDS. *Science (New York, N.Y.)*, 224(4648), 503-505. <https://doi.org/10.1126/science.6200937>
- Section 7 : Coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (Articles D3121-34 à D3121-37)—Légifrance. (2017). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190996/2024-05-15
- Setbon, M. (2000). La normalisation paradoxale du sida. *Revue française de sociologie*, 41(1), 61-78. <https://doi.org/10.2307/3322654>
- SEXPOZ QU'EST-CE QUE C'EST ? (2023). Corevih Centre Val de Loire. <http://www.corevihcpc.fr/sexpoz/>
- SFLS. (s. d.). *FormaPrEP / FormaSantéSexuelle*. Consulté 1 juin 2024, à l'adresse <https://sfls.fr/enseignement/formaprep>
- Sida Info Service. (2023). *Données quantitatives et qualitatives de l'Observatoire de SIS-Association sur les dysfonctionnements liés à l'accès et au suivi du TPE*.
- Trachman, M., Gelly, M., & Girard, G. (2018). Défaire et refaire un groupe à risque. Objectivation et prévention du sida chez les homosexuels masculins à l'ère des antirétroviraux. *Population*, 73(4), 787-807. <https://doi.org/10.3917/popu.1804.0787>
- TRT-5 CHV. (2021). *Appel à témoignages : Refus et renoncement au TPE*.
- Van Rompay, K. K., Marthas, M. L., Ramos, R. A., Mandell, C. P., McGowan, E. K., Joye, S. M., & Pedersen, N. C. (1992). Simian immunodeficiency virus (SIV) infection of infant rhesus macaques as a model to test antiretroviral drug prophylaxis and therapy : Oral 3'-azido-3'-deoxythymidine prevents SIV infection. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 36(11), 2381-2386. <https://doi.org/10.1128/AAC.36.11.2381>
- World Health Organization. (2015). WHO | Hepatitis B WHO | Hepatitis B. *WHO Fact sheet*, 204 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>.
- World Health Organization. (2014). *Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241506830>

- World Health Organization. (2022). *HIV – Prevalence of HIV among adults aged 15 to 49 (%)*.
[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-hiv-among-adults-aged-15-to-49-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-hiv-among-adults-aged-15-to-49-(-))
- World Health Organization. (2023). *WHO announces the 2023 update of the Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis (PEP)*. [https://www.who.int/news/item/22-09-2023-who-announces-the-2023-update-of-the-guidelines-for-hiv-post-exposure-prophylaxis-\(pep\)](https://www.who.int/news/item/22-09-2023-who-announces-the-2023-update-of-the-guidelines-for-hiv-post-exposure-prophylaxis-(pep))
- Zeler, A., & Troadec, C. (2017). Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : Étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies*, 26(3), 136-145. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2017.04.002>

Liste des annexes

Annexe n°1 : Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant (2017)

Annexe n°2 : Grille d'entretien générale

Annexe n°3 : Tableau synthétique des thèmes des entretiens 1 à 4

Annexe n°4 : Grille d'entretien spécifique aux associations

Annexe n°5 : Tableau des enquêté.es

**Annexe n°1 : Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES)
chez l'adulte et l'enfant - *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH,*
*Recommandations du groupe d'experts (Blanc et al., 2017)***

Tableau n°1 : Indications de TPE après exposition sexuelle

Tableau 1 : Indications de TPE après exposition sexuelle

	Statut VIH de la personne source			
	Positif		Inconnu	
Risque et nature de l'exposition	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.

Annexe n°2 : Grille d'entretien « générale »

Page 1 : Grille d'entretien « générale »

COREVIH Bretagne

Etat des lieux de la prise en soin des personnes ayant eu un Accident d'Exposition Sexuelle (AES)

Présentation

Actuellement en stage au COREVIH Bretagne, je réalise un diagnostic de la prise en soin des accidents d'exposition sexuelle, avec pour objectif de faciliter la prise en soin globale des AES et l'accès au Traitement Post-Exposition au VIH.

Questions

Présentation	<p>Prénom/ NOM, Formation, Fonction, Depuis combien de temps êtes-vous dans le service ? Avez-vous évolué au sein du service ?</p> <p>Pouvez-vous présenter le service dans lequel vous travaillez ? Quels types de publics accueillez vous ? Quelles sont les disponibilités (horaires d'ouverture) du service ?</p>
AES/ AEV	<ul style="list-style-type: none">• Votre service est-il impliqué dans la prise en soin des personnes ayant eu un Accident d'Exposition Sexuelle (ou Accident d'Exposition aux Virus) ? Quel terme utilisez-vous pour nommer ce type d'accident d'exposition ?• Quels types d'accidents d'exposition prenez-vous en charge ?• Avez-vous le moyen de savoir combien de personnes ayant eu un AES ont été vues dans le dernier mois ? Les 6 derniers mois ? Rentrez-vous les AES dans NADIS/ Siloxane ?
Prise en soin	<ul style="list-style-type: none">• Existe-t-il un protocole écrit en cas d'AES ?<ul style="list-style-type: none">→ Si oui, comment avez-vous accès à ce protocole ? Pouvez-vous décrire les différentes étapes du protocole en cas d'AES ? <i>Arrivée dans le service, premier contact, prise en charge, examens, bilans biologiques...</i>→ Si non, quelle procédure suivez-vous ? Comment faites-vous ? Pouvez-vous me décrire les différentes étapes de la prise en soin des personnes ayant eu un AES ?• Existe-t-il une personne référente vers qui vous adressez en cas de doute (<i>sur la procédure à suivre</i>) ? <p><u>Avant :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Savez-vous comment la personne est arrivée dans le service ?• Les personnes prises en soin sont-elles orientées vers vous ? <p>→ Si oui, par qui sont-elles orientées ?</p>

	<p><u>Pendant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment se passe le premier entretien avec le-a consultant-e ? Vous présentez-vous ? Quelles questions posez-vous ? • Prescrivez-vous des bilans ? → Si oui, quels bilans biologiques initiaux réalisez-vous chez les consultant-es ? • Votre service délivre-t-il des Traitements Post-Exposition ? • Y a-t-il toujours des kits d'antirétroviraux disponibles ? Sont-ils disponibles immédiatement ou avec un délai ? Quels sont les délais pour la délivrance d'un TPE ? • Avec quels antirétroviraux ? • Quelle est la durée de prescription ? • Avez-vous le moyen de savoir combien de TPE ont été délivrés dans le dernier mois ? Les 6 derniers mois ? • Avez-vous des préoccupations concernant la prescription du TPE ? • Une fiche d'information est-elle remise au/à la consultant-e ? Si prescription de TPE ou pas ? A quel moment ? Avec quelles informations ? <p><u>Après :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une filière de suivi est-elle institutionnellement établie ? Dans les cas de prescription d'un TPE et non ? • Qui assure la réévaluation du traitement au-delà de 48-72 heures ? • Comment se passent les bilans ultérieurs ? (<i>Réorientation, Prise de rendez-vous immédiate...</i>) • Comment se passent les rendez-vous de suivi ? Combien de temps après la première consultation se situent-ils ? Quels bilans biologiques sont réalisés ? Profitez-vous de ces rendez-vous pour faire de la prévention VIH ? Comment assurez-vous le suivi en cas de rupture de traitement ?
<p>Difficultés/ Attentes</p>	<p>Rencontrez-vous des difficultés lors de la prise en soin des personnes ayant eu un accident d'exposition sexuelle ? Si oui, lesquelles ?</p> <p>Identifiez-vous des freins à une meilleure prise en soin (<i>inhérents, organisationnels...</i>) liés à votre service ?</p> <p>Y a-t-il eu une formation spécifique AES délivrée aux soignant-es ?</p> <p>→ Avez-vous été formés aux AES ? A quel moment de votre parcours ? En quoi consistait la formation ? Avez-vous été formés à l'accueil des différents publics et à la posture à tenir ?</p> <p>→ Si non, pensez-vous qu'une formation aurait été utile ? Sur quels aspects ?</p> <p>Qu'attendez-vous des nouvelles recommandations sur les AES ? (<i>clarté, simplification des procédures...</i>) Avez-vous des attentes pour la prise en soin des personnes ayant eu un accident d'exposition sexuelle ?</p>

Joindre si possible un exemplaire des documents, protocoles et procédures internes, afin de pouvoir toutes les colliger et proposer une harmonisation en fonction des bonnes idées de chacun.

Annexe n°3 : Tableau synthétique des thèmes - Entretiens 1 à 4

			Enquêté.es			
	Médecin légiste	Médecin aux urgences	Cadre aux urgences	IAO	IDE	IDE
Public(s)	Victimes de violences sexuelles	Tout le monde	Tout le monde	Tout le monde	Tout le monde	Tout le monde
Prise en soin des personnes ayant eu un AES	Après exposition – aspect judiciaire	Après exposition, évaluation risque	Non	Après exposition, motif de consult et codage SAU	Rendez-vous de réévaluation et de suivi	Rendez-vous de réévaluation et de suivi
Prescription du TPE	Non	Kit TPE	Non	Non	Non	Non
Accès à un protocole AES	Non	Oui	Oui	Oui	Oui - prélèvements	Oui - prélèvements
Suivi des AES	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
Dysfonctionnements	<p>Aller-retours des victimes</p> <p>Passage aux urgences</p> <p>Communication avec les urgences</p> <p>Etiquettes</p>	<p>Manque de connaissances des parameds</p> <p>Accès aux Kits TPE</p> <p>Pression de service</p> <p>Ambiance SAU</p>	<p>Accès aux Kits TPE – perte de temps et interruption de tâche</p> <p>Pas formé pour accueil et prise en charge viols</p>	<p>Flux patient.e et temps dispo</p> <p>Confort pour prise ttt</p> <p>Ambiance SAU pour victimes</p> <p>Besoin avis med</p>	<p>Horaires d'ouverture et présence med</p> <p>Passage aux urgences</p> <p>Prélèvements incomplets aux urgences</p>	<p>Perdus de vue entre J42 et J90</p> <p>Parcours AES viols</p> <p>Locaux</p>
Pistes d'amélioration	<p>Kit TPE aux Urgences</p> <p>Gynéco</p> <p>Formation des internes</p> <p>Tout centraliser</p> <p>Obtenir les sérologies des auteurs</p> <p>Optimiser/ Fluidifier les choses</p> <p>Nouveau protocole complet</p> <p>Onglet commun AES</p>	<p>Registre nominatif des AES</p> <p>Formation des paramed et internes</p> <p>Flyers</p> <p>Mise à jour des protocoles et contacts</p>	<p>Coupe-file à la pharmacie</p> <p>Infos sur prise en charge mineurs pour viol</p>	<p>Prescription TPE si temps et formation</p> <p>Formation sur l'axe rapports sex non consentis</p>	<p>Habilitation prescription Kit TPE</p> <p>Se déplacer pour prélèvements en med légale</p> <p>Eviter passage en Mal Inf à J0</p> <p>Suivi vaccination</p>	<p>Habilitation prescription Kit TPE</p> <p>Se déplacer pour prélèvements en med légale</p> <p>Dossier commun</p>
Formation sur les AES/TPE	Non	Non	Non	AE sang	AES par COREVIH	AES par COREVIH

COREVIH Bretagne
Etat des lieux de la prise en soin des personnes ayant eu un
Accident d'Exposition Sexuelle (AES)

Présentation

Actuellement en stage au COREVIH Bretagne, je réalise un diagnostic de la prise en soin des accidents d'exposition sexuelle, avec pour objectif de faciliter la prise en soin globale des AES et l'accès au Traitement Post-Exposition au VIH.

Questions

Présentation	<p>Prénom/NOM, Formation, Fonction, Depuis combien de temps êtes-vous dans l'association ?</p> <p>Pouvez-vous présenter l'association dans laquelle vous travaillez ? Quelles sont vos missions ? Quelles sont vos publics cibles ? Quelles sont vos disponibilités ?</p>
AES/ AEV	<p>Votre association est-elle engagée dans l'amélioration du parcours de santé des personnes ayant eu un accident d'exposition sexuelle ? Quel terme utilisez-vous pour nommer ce type d'accident d'exposition ?</p> <p>Accueillez-vous des personnes ayant eu un AES ? A quel moment de leur parcours ?</p> <p>Savez-vous comment/ pourquoi la personne a contactée l'association ? Les personnes sont-elles orientées vers vous ? Si oui, par qui sont-elles orientées ?</p> <p>Comment orientez-vous les personnes ayant eu un AES ? Vers qui ? Faites-vous de l'accompagnement ?</p>
Traitement Post-exposition	<p>Avez-vous des fiches d'informations/ flyers concernant les AES et le TPE ?</p> <p>Faites-vous de la prévention pour le TPE ? Comment faites-vous connaître le TPE au(x) public(s) ?</p> <p>Que pensez-vous du fait de faire sortir le TPE des Urgences ? Quel impact cela pourrait avoir ? Pensez-vous que votre association serait à même de délivrer des kits de TPE ?</p>
Difficultés/ Attentes	<p>Avez-vous noté des difficultés lors de la prise en soin des personnes ayant eu un accident d'exposition sexuelle aux urgences ou dans les services spécialisés ? Avez-vous des remontées concernant la prise en soin des AES à l'hôpital ?</p> <p>Selon vous, comment pourrait-on faciliter la démarche d'accès au TPE ? Comment pourrait-on améliorer ce parcours de soin ?</p> <p>Avez-vous été formés aux AES/ TPE ?</p> <p>Qu'attendez-vous des nouvelles recommandations sur les AES ? Avez-vous des attentes pour la prise en soin des personnes ayant eu un accident d'exposition sexuelle ?</p>

Annexe n°5 : Tableau des enquêté.es

Entretien	Enquêté.es	Genre	Fonction	Lieu d'exercice
1	1	Homme	Médecin légiste	Service de médecine légale et pénitentiaire – CHU Rennes
2	2	Homme	Médecin	Service d'accueil d'urgence – CHU Rennes
3	3	Femme	Cadre aux urgences	Service d'accueil d'urgence – CHU Rennes
3	4	Homme	Infirmier d'accueil et d'orientation (IAO)	Service d'accueil d'urgence – CHU Rennes
4	5	Femme	Infirmière diplômée d'état (IDE)	Service des maladies infectieuses – CHU Rennes
4	6	Femme	Infirmière diplômée d'état (IDE)	Service des maladies infectieuses – CHU Rennes
5	7	Femme	Employée	COREVIH Arc-Alpin
6	8	Femme	Employée	COREVIH Centre-Val de Loire
7	9	Homme	Responsable	AIDES
8	10	Homme	Responsable	ENIPSE

NORAZ	Marie	5 juillet 2024
Master 2 Promotion de la Santé et Prévention Promotion 2023-2024		
La prise en soin des personnes ayant eu un accident d'exposition sexuelle		
<p>Résumé :</p> <p>Ce mémoire s'intéresse aux dysfonctionnements dans la prise en soin des personnes ayant eu un accident d'exposition sexuelle (AES). Pour ce faire, un diagnostic a été réalisé en interrogeant des professionnel.les de santé du CHU de Rennes intervenant dans ce parcours, et en constituant un groupe de travail pour proposer une future refonte du protocole actuellement utilisé. Le retour d'expérience des personnes ayant eu un AES a été recueilli à travers des rencontres avec les associations locales et une revue de la littérature sur le sujet.</p> <p>Les résultats mettent en évidence des défis majeurs, notamment dans l'information et la formation sur le traitement post-exposition au VIH en amont d'un AES, et des dysfonctionnements structurels au sein du CHU, qui empêchent une prise en soin optimale.</p> <p>Pour répondre à ce défi, des pistes d'amélioration sont proposées : simplification des protocoles et élargissement de l'accès au TPE, promotion de cet outil de prévention du VIH et formation continue des acteur.rices de la santé et du communautaire.</p>		
<p>Mots clés : Accident d'exposition sexuelle - Traitement post-exposition – Diagnostic - Prise en soin – VIH - Prévention</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

