



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de santé publique

Promotion 2006

**Prise en charge précoce après exposition
non professionnelle¹ au risque de
transmission du VIH. Réalités à partir de
l'observation de quelques structures en Ile
de France.**

Sylvain LERASLE

¹ Pris dans le sens de professionnel du soin

Remerciements

Merci

à ceux qui m'ont accompagné et soutenu, particulièrement à Pierre Daviot, mon maître de stage, à Christine Barbier et Elisabeth Bouvet

pour Jeanne

Sommaire

1-Introduction	1
2-Etat des lieux	1
2.1-Le contexte général	1
2.1.1 L'épidémie de SIDA dans le monde	1
Constats	2
Tendances	2
2.1.2 L'épidémie de SIDA en France.....	3
Prévalence, incidence.....	3
Sexe, âge et nationalité	3
Régions les plus touchées.....	3
Mode de contamination	4
Motif du dépistage.....	4
2.1.3 L'épidémie de SIDA en Ile de France (IDF).....	4
2.2-Le contexte particulier de la prise en charge précoce après exposition au VIH4	
2.2.1 Fondements et justifications scientifiques	5
Etudes chez l'animal.....	5
Prophylaxie postnatale.....	5
Etudes d'observation du TPE	5
Cas rapportés.....	6
2.2.2 Risques liés au TPE.....	6
Risques de réduction des comportements de prévention.....	6
Effets indésirables et toxicité du TPE	6
Sélection de virus résistant aux traitements.....	7
2.2.3 Efficience du TPE	7
2.2.4-Le contexte institutionnel et réglementaire en France et son évolution.....	8
Préambule.....	8
La circulaire de 1998.....	9
La circulaire de 2003.....	10
La Circulaire DGS/Div. Sida n° 99-109 du 22 février 1999	12
La Loi Perben	12
Le Programme national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2005-2008	12
Les COREVIH.....	13
Les CIDDIST	13
2.2.5- Le contexte européen	14

3-Etude et méthode.....	17
3.1-La question de départ et les objectifs de l'étude	17
3.2-Le cadre de l'étude.....	17
3.3-Méthodologie.....	17
3.3.1 Recueil de données	17
Recherche bibliographique	17
Caractéristiques de l'offre et la demande dans un Centre hospitalier parisien	17
Entretiens auprès de professionnels concernés.....	18
1. des médecins	18
2. des responsables d'associations de prévention	19
3. Conduite des entretiens	19
4-Résultats et analyse	19
4.1 Accueil et prise en charge médicale.....	19
4.1.1- L'exemple d'un centre hospitalier parisien en 2005 (Bichat-Claude Bernard) ..	19
Le service des urgences	20
a) Préambule	20
b) Recueil des données.....	20
c) AES.....	21
d) RESI	21
Policiers (46)	21
Expositions autres (19)	22
Expositions sexuelles (152)	22
Tableau n°1	23
La consultation spécialisée (CS)	23
Tableau n° 2	24
Tableau n°3.....	25
Tableau n°4°	25
La consultation des maladies infectieuses	26
4.1.2-Autres établissements en Ile de France.....	27
Accueil.....	28
Evaluation par le médecin.....	29
Prise en charge médicale	30
Traitements.....	30
Médecins référents.....	30
Prévention	30
Suivi.....	31
Type d'expositions	31

4.2. Difficultés spécifiques de prise en charge	34
4.2.1 Agressions sexuelles	34
Préambule : spécificité de la prise en charge	34
Résultats	35
Premier exemple : le parcours favorable	36
Deuxième exemple : le parcours moins favorable.....	36
Problèmes liés à l'agresseur.....	37
Cas particuliers des mineurs et personnes vulnérables (tutelle.....)	38
Au total.....	38
4.2.2. Milieu pénitentiaire	39
Préambule.....	39
TPE et prise de risque en prison	39
4.2.3. Travailleurs du sexe	40
Contexte.....	40
La connaissance du TPE.....	41
L'accueil aux urgences	42
La compliance au TPE	42
4.3. Information et connaissance du TPE.....	42
4.3.1 Partenaires de personnes séropositives ou atteintes du sida.....	43
4.3.2 Hommes ayant des rapports avec les hommes	43
4.3.3 Travailleurs du sexe	44
4.3.4 Personnes d'Afrique sub-saharienne.....	44
4.3.5 Les jeunes de 15-24 ans	45
5-Discussion et propositions	46
5.1 La prise en charge	46
5.1.1 La prise en charge hospitalière	46
Recommandations médicales	47
Recommandations organisationnelles	48
5.1.2 Spécificités de la prise en charge	49
Fonctionnaires de police et gendarmes	49
Agression sexuelle.....	49
Milieu pénitentiaire.....	50
Travailleurs du sexe.....	50
5.2 La connaissance du traitement post exposition et la diffusion du message préventif.....	51
5.3 Le rôle du médecin inspecteur de santé publique (MISP).....	52

6. Conclusion.....	53
Sources et Bibliographie.....	55
Textes réglementaires (ordre chronologique).....	55
Articles du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH).....	56
Etudes et articles.....	58
Annexe.....	66

Liste des sigles utilisés

AES	Accident d'exposition au sang
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	autorisation de mise sur le marché
ANRS	Agence nationale de la recherche sur le sida et les hépatites virales B et C
AP-HP	Assistance publique-hôpitaux de Paris
ARN	acide ribonucléique
ARV	antirétroviral
AZT	zidovudine
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues
CDAG	Consultation de dépistage anonyme et gratuit
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIDDIST	Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST
CISIH	Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
COREVIH	Coordination Régionale de la lutte contre l'infection par les Virus de l'Immunodéficience Humaine
CRIPS	Centre régional d'information et de prévention du sida d'Ile de France
CSST	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
DRASSIF	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de l'Ile de France
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
GERES	Groupe d'études sur le risque d'exposition des soignants
IDE	Infirmière diplômée d'état
IDF	Ile de France
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGSJ	inspection générale des services judiciaires
INTI	Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse
InVS	Institut de veille sanitaire

IST	infections sexuellement transmissibles
KABP	« knowledge, attitudes, beliefs and practices » (type d'enquête réalisée tous les trois ans environ en Ile de France par l'ORS)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OPJ	officier de police judiciaire
ORS	Observatoire régional de la santé (Ile de France)
PRICE	Programme régional d'inspection, de contrôle et d'évaluation
PRSP	Plan régional de santé publique
RESI	Risque d'exposition sexuelle ou par injection
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
TPE	Traitement post-exposition (s'entend ici pour exposition au VIH)
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UMJ	Unité médico-judiciaire
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

1-Introduction

La lutte contre le sida a été déclarée grande cause nationale en 2005. Depuis le début de l'épidémie, l'arrivée de traitements efficaces et la baisse importante des décès dus au sida a estompé la dimension tragique de l'épidémie d'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Et ce qui avait été pressenti depuis le début des années 2000 quant à un relâchement des pratiques de prévention (phénomène de "relapse"), notamment parmi certains groupes prioritaires, a été confirmé tant par l'analyse d'enquêtes nationales², que par celle des chiffres de déclaration obligatoire de l'infection et de la maladie³. Parallèlement, la prévention de la transmission du virus a connu des succès (usagers de drogues, transfusion sanguine, transmission du virus de la mère à l'enfant), mais les transmissions au cours des relations sexuelles non protégées restent nombreuses, comme les diagnostics et dépistages tardifs qui contribuent à la circulation du virus⁴. C'est dans ce contexte que, médecin de Santé Publique en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) dans le Val d'Oise, ayant contribué au début de l'épidémie de VIH à promouvoir des mesures de prévention dans les milieux à risque, et participé à un réseau Ville Hôpital, j'étais naturellement intéressé à approfondir certains aspects de la lutte contre cette maladie. Connaissant la complexité et l'ampleur du sujet, j'ai choisi de l'aborder par le biais du traitement post exposition (TPE). Le principe de ce traitement, proposé dès les premières années de l'épidémie pour les professionnels du soin exposés à du sang contaminé, a été généralisé en France en 1998. Or, depuis l'évaluation menée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2003, et qui avait été une des conditions de l'Agence du médicament, en 1998, pour donner un avis favorable à l'utilisation du traitement post-exposition dans une indication hors autorisation de mise sur le marché (AMM), peu de données semblaient disponibles. De plus, outre l'évolution rapide des contextes et des connaissances, des témoignages d'usagers ou de professionnels faisaient état de difficultés et disparités dans le dispositif de prise en charge, dans certains hôpitaux ou pour certaines populations, notamment en milieu carcéral.

Après une analyse bibliographique du sujet, j'ai voulu diriger ma réflexion dans deux directions complémentaires. Une étude quantitative menée au Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience humaine (CISIH) de Bichat, centre emblématique par la part essentielle que cet hôpital a consacré dans la prévention des accidents d'exposition au sang, et une enquête qualitative, auprès de professionnels et d'usagers, que j'ai restreint à certains choix, pour les raisons que j'expliquerai dans le chapitre méthodologique. Dans la dernière partie enfin, je tenterai une analyse critique de mes résultats et proposerai des recommandations ayant, j'espère, vocation à améliorer l'efficacité du dispositif.

2-Etat des lieux

2.1-Le contexte général

2.1.1 L'épidémie de SIDA dans le monde

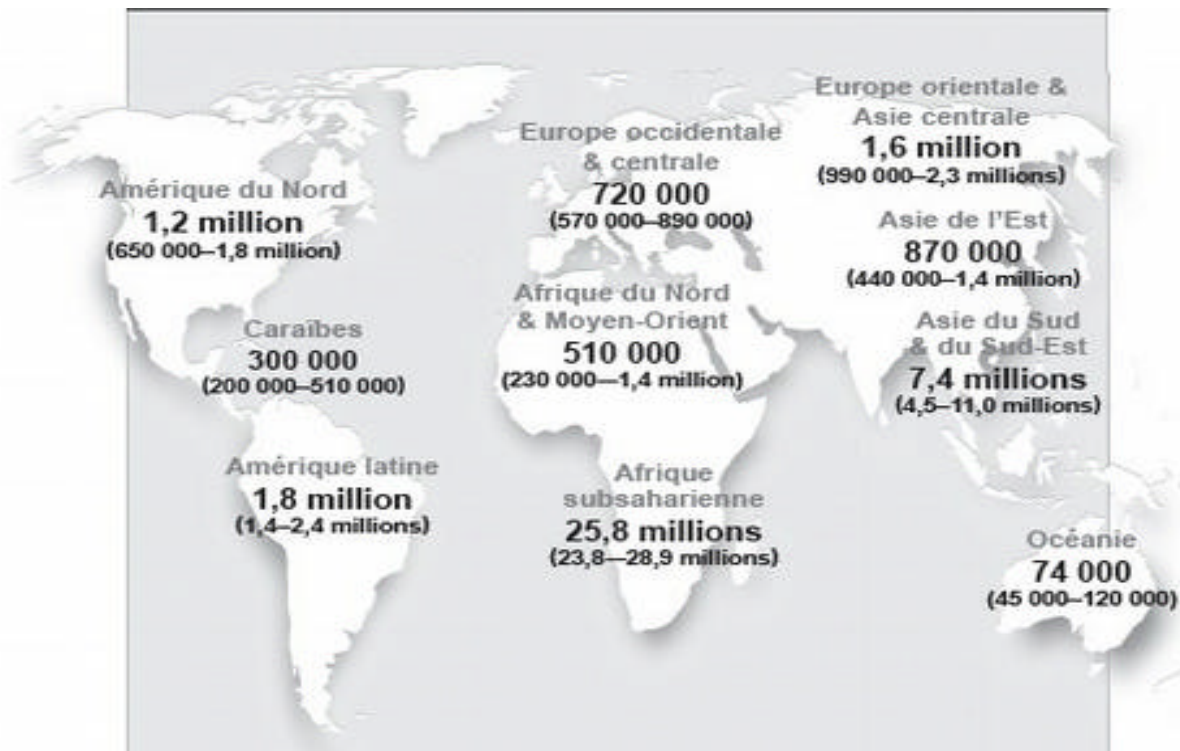
"Les taux d'infection ont diminué dans certains pays en 2005, mais la tendance globale reflète toujours une augmentation de la transmission. Cette année, le nombre de

² ORS-2005, Presse Gay, Veler-2004

³ BEH 46-47/2005

⁴ Rapport final enquête Retard

personnes vivant avec le VIH a passé le cap des 40 millions et le virus a provoqué plus de trois millions de décès."⁵



Total : 40,3 (36,7 – 45,3) millions Sources Onusida, OMS, Institut de Veille Sanitaire (InVS-2004)

Constats

Le nombre global de personnes vivant avec le VIH a continué de s'accroître dans toutes les régions du monde à l'exception des Caraïbes. Il y a eu cinq millions de nouvelles infections en 2005. Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde a atteint son niveau le plus élevé jamais enregistré, avec 40,3 millions de personnes, selon les estimations, contre quelque 37,5 millions en 2003. Plus de trois millions de personnes sont mortes de maladies liées au SIDA en 2005, dont plus de 500 000 enfants. L'Afrique est le continent le plus touché. Selon l'OMS, 60% de la population du globe vivant avec le VIH, soit 25,8 millions de personnes, se trouvent en Afrique sub-saharienne, quand celle-ci ne compte que 10 % de la population du globe.

Tendances

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de nouveaux éléments indiquent que les taux d'infection à VIH chez l'adulte ont diminué dans certains pays et que des changements de comportements pour prévenir l'infection - tels que l'utilisation accrue des préservatifs, une première expérience sexuelle plus tardive et moins de partenaires sexuels - ont joué un rôle décisif.

En revanche, les tendances globales de la transmission du VIH sont toujours orientées vers la hausse, et des efforts de prévention accrus s'imposent pour ralentir l'épidémie. De

⁵ Source : communiqué ONU-SIDA/OMS, 21 novembre 2005

nouvelles données indiquent qu'en Amérique latine, en Europe orientale et particulièrement en Asie, l'association de la consommation de drogues injectables et du commerce du sexe alimente les épidémies, et les programmes de prévention ne parviennent pas à aborder ce chevauchement. Il faut noter qu'en France, ces tendances se retrouvent dans certains milieux, la prise de risque sexuelle étant majorée par la consommation de substances facilitant la levée d'inhibitions.

Cependant, il est intéressant de noter comment des programmes soutenus et intensifs dans divers contextes ont contribué à faire baisser l'incidence du VIH - parmi les jeunes en Ouganda et en Tanzanie, parmi les professionnels du sexe et leurs clients en Thaïlande et en Inde, et parmi les consommateurs de drogues injectables en Espagne et au Brésil.

2.1.2 L'épidémie de SIDA en France

Même dans un pays comme la France, dans lequel l'accès aux soins et la disponibilité des traitements sont en principe garantis, l'infection à VIH et le sida restent un problème majeur près de 20 ans après la découverte du virus. Les chiffres rappelés ci-dessous traduisent la situation de l'année 2004 ⁶.

Prévalence, incidence

- 150 000 personnes sont porteuses du VIH, dont environ 25 700 vivent avec un sida déclaré.
- On estime à 7 000 le nombre de personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2004 et à 1 500 le nombre de celles qui ont développé un sida au 31/12/04.

Sexe, âge et nationalité

Certaines populations sont plus particulièrement touchées, comme les homosexuels, ou les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne contaminées par rapports hétérosexuels. Il existe également des disparités importantes, l'Ile de France (IDF) et les départements d'Amérique étant nettement plus touchés que les autres régions françaises. Parmi les découvertes de séropositivité en 2003-2004, la proportion d'hommes est globalement de **58%**. Les femmes représentent **42%** des nouvelles infections à VIH diagnostiquées (30% en 1997). La proportion des femmes est beaucoup plus élevée chez les personnes d'Afrique sub-saharienne (**65%**) que chez les personnes françaises (23%).

Concernant les nouveaux diagnostics de sida en 2003-2004, la proportion des femmes est de 31%, et **47%** des personnes ayant déclaré le sida ne savaient pas qu'elles étaient séropositives. Elles l'apprennent lors de leur prise en charge à l'hôpital. L'ignorance de la séropositivité au moment du diagnostic de sida est plus fréquente chez les personnes d'Afrique sub-saharienne (63%) que chez les français de souche (39%). **40 000** personnes seraient porteuses du virus sans le savoir. L'âge moyen au diagnostic d'infection à VIH est de 36,5 ans pour l'ensemble des cas (33,4 chez les femmes et 38,8 ans chez les hommes).

Régions les plus touchées

Les 4 régions les plus touchées sont l'Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Guyane et Antilles. Elles regroupent 60% des cas de sida diagnostiqués en 2004.

⁶ BEH n°46/47-2005

Mode de contamination

Plus de la moitié (**56%**) des nouveaux diagnostics d'infection à VIH concerne des personnes contaminées par rapports hétérosexuels et **22%** par rapport homosexuels. La contamination par usage de drogues injectables ne représente que **2%** des nouveaux diagnostics de séropositivité. Les chiffres sont assez similaires en ce qui concerne les modes de contamination des nouveaux cas de sida (52% par rapports hétérosexuels, 25% par rapports homosexuels) sauf pour la contamination par usage de drogues injectables (12%). Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels sont en majorité des femmes (**60%**). Plus de la moitié des femmes (56%) et 41% des hommes contaminés par rapports hétérosexuels sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, principalement Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo et République démocratique du Congo.

Motif du dépistage

Le premier motif de dépistage est la présence de signes cliniques ou biologiques (pour 24% des femmes et 40% des hommes). Le dépistage a été réalisé du fait d'une exposition à un risque pour 18% des femmes et 25% des hommes. La grossesse est un motif de dépistage chez 19% des femmes, plus fréquent chez les africaines (21%) que chez les françaises. **30%** des personnes touchées par le VIH sont également atteintes par une ou plusieurs hépatites (le plus souvent l'hépatite C, parfois l'hépatite B). **5 à 6%** des séropositifs sont en situation d'échec thérapeutique (plus aucune combinaison de médicaments ne fonctionne).

2.1.3 L'épidémie de SIDA en Ile de France (IDF)

Parmi les 6 302 personnes nouvellement diagnostiquées séropositives sur l'ensemble du territoire national, **49%** sont domiciliées en Ile-de-France. De la même façon, les nouveaux cas de sida diagnostiqués en IDF, environ 700 en 2004, représentent la moitié des 1430 cas nationaux. Rapporté à la population, le nombre moyen annuel de personnes dont le diagnostic de séropositivité a été établi en 2003-2004 est plus de quatre fois plus élevé dans la région francilienne qu'en province, soit 15,1 personnes pour 100 000 habitants en Ile-de-France contre 3,5 en province. Ces données sont à rapprocher de celles des cas de sida: les 26 956 personnes diagnostiquées au stade sida depuis le début de l'épidémie et domiciliées en Ile-de-France représentent **45%** de l'ensemble des cas déclarés en France. La région francilienne reste fortement touchée par le sida avec un taux de nouveaux cas de sida près de quatre fois supérieur à celui observé pour la province: 4,6 cas pour 100 000 habitants sur la période 2003-2004 contre 1,3 en province.

Paris et la Seine Saint Denis sont les 2 départements les plus touchés, avec respectivement 33,7 cas/100 000 et 20 cas/100 000 concernant la découverte de la séropositivité (15,1 pour l'IDF). Les taux d'incidence des cas de Sida sont respectivement de 9,2 et 7,5/100 000 (4,6 en IDF). Les tendances décrites au niveau national se retrouvent, avec 7 personnes sur 10 contaminées par voie hétérosexuelle, parmi lesquelles 8/10 sont de nationalité étrangère. La dynamique de l'épidémie reste importante chez les homosexuels masculins, qui sont dépistés plus fréquemment et plus précocement que la population générale. On retrouve également l'accès tardif au dépistage et aux soins pour les personnes de nationalité étrangère.

2.2-Le contexte particulier de la prise en charge précoce après exposition au VIH

L'objectif d'un traitement antirétroviral (ARV) après exposition au virus est de tenter d'éviter que l'infection ne survienne et de favoriser à cette occasion l'aide dans l'acquisition et le maintien de conduites préventives. Le traitement antirétroviral après exposition se distingue du traitement de la primo-infection, dont l'indication est discutée sur la présence de marqueurs virologiques.

2.2.1 Fondements et justifications scientifiques

Les preuves formelles d'efficacité du TPE notamment pour des expositions non professionnelles sont difficiles à obtenir sur le plan scientifique. En effet, pour des raisons éthiques et logistiques, un essai clinique randomisé en double aveugle TPE contre placebo est en théorie impossible. L'exemple du tenofovir, utilisé selon un tel protocole en prophylaxie chez les travailleurs du sexe, au Ghana, Nigeria, Malawi, Thaïlande, Cambodge et Cameroun, témoigne des limites de ces essais.

Un certain nombre ont en effet été suspendus suite aux polémiques déclenchées par une approche éthiquement contestable⁷.

Mais des données sont disponibles concernant des modèles de transmission chez l'animal, des essais cliniques lors de transmission périnatale et des études de professionnels de santé ayant reçu un traitement après exposition professionnelle. Ces données montrent qu'un traitement post-exposition serait susceptible de réduire le risque d'infection HIV après une exposition non professionnelle, notamment d'origine sexuelle.

Etudes chez l'animal

Les études chez l'animal ont porté principalement sur les macaques, en testant l'efficacité du tenofovir, ou d'associations antirétrovirales comme zidovudine, lamivudine, et indinavir. Les résultats sont nuancés⁸. Ils sont concordant avec les données biologiques concernant la transmission du virus et démontrent principalement qu'existe une fenêtre d'opportunité réduite (quelques heures) durant laquelle il est possible, par la prompt administration de médicaments antiviraux, d'interrompre l'infection initiale des cellules de la muqueuse cervico-vaginale du macaque et la dissémination locale de cette infection.

Prophylaxie postnatale

Des protocoles de traitement de courte durée pour réduire le risque de transmission vertical de la mère à l'enfant ont été largement étudiés. Certains ont inclus une composante post-exposition (médicaments antirétroviraux donnés au nouveau-né). Même si la réduction de la charge virale durant la fin de la grossesse, le travail, et l'accouchement est un facteur essentiel de l'efficacité de ces protocoles, un effet protecteur supplémentaire semble pouvoir être attribué au traitement prophylactique administré au nouveau-né, en luttant contre l'infection contractée lors du travail ou de l'accouchement^{9,10,11}. Les associations d'ARV sont également plus efficaces que l'administration d'un seul médicament¹². Leur administration précoce est là aussi la condition d'une plus grande efficacité¹³.

Etudes d'observation du TPE

L'étude qui fait référence en la matière est une étude cas contrôle des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), à laquelle le Groupe d'études sur le risque d'exposition des soignants (GERES) a été associé, montrant clairement en 1995 que la prise de rétrovir après accident exposant au sang VIH+ diminue le risque de contamination d'environ 80%¹⁴.

Une autre étude cas témoins concernant des professionnels de santé blessés par aiguilles d'injection confirme l'efficacité du TPE dans ce type d'exposition. Dans cette

⁷ "tenofovir : un essai inéthique « Actup-Paris », publié le 14 juillet 2004

⁸ CDC -2005, Le Grand-2000, Otten-2000, Hu J-2000 Tsai-1998, Spira-1996,

⁹ Sperling-1996 et Shaffer-1999

¹⁰ Guay-1999

¹¹ Moodley-2003

¹² Taha-2003, Wiktor-1999

¹³ Wade-1998

¹⁴ CDC-MMWR-1995

étude, l'administration rapide de zidovudine était associée à une réduction du risque de transmission du VIH de 81%¹⁵.

Bien que des études analogues n'aient pas été conduites dans le cadre d'expositions non professionnelles, des données sont disponibles à partir d'observations et de registres, la plupart concernant des expositions liées aux comportements sexuels à risque. Elles tendent à démontrer une certaine efficacité du TPE lors d'expositions non professionnelles¹⁶, ou d'expositions liées à des violences sexuelles¹⁷. Mais si ces études sont en faveur d'une efficacité du TPE pour réduire le risque d'infection VIH après exposition sexuelle, les participants à celles-ci n'ont pas été randomisés, et la taille des échantillons est trop faible pour pouvoir en tirer des conclusions significatives.

Une étude américaine récente¹⁸ portant sur 702 personnes ayant reçu une prophylaxie ARV suite à une exposition au VIH autre que professionnelle, le plus souvent sexuelle, s'intéresse aux facteurs pouvant expliquer les causes d'échec du TPE dans ce cadre. Elle confirme l'intérêt d'une prise en charge la plus précoce possible, d'une association thérapeutique d'au moins 3 ARV, d'une observance correcte du traitement, et d'un conseil appuyé rappelant les conditions d'une prévention efficace. Ces 4 critères faisaient déjà partie des recommandations présentes dans les circulaires françaises de 1998 et 2003 (2.2.4).

Cas rapportés

Des cas ont été rapportés de patients mis sous TPE après une exposition majeure au VIH (transfusionnelle ou par rapport sexuel à risque, avec un partenaire source séropositif) et n'ayant pas séroconverti¹⁹. S'ils ne permettent pas d'affirmer avec certitude la preuve de l'efficacité du TPE après exposition sexuelle, usage de drogue par injection, ou exposition non professionnelle au VIH, la somme des données démontre qu'un traitement antirétroviral initié précocement après l'exposition et poursuivi 28 jours peut réduire le risque d'être contaminé par le virus.

2.2.2 Risques liés au TPE

Ces risques concernent d'une part un possible relâchement des conduites préventives au regard de la perception qu'existe un traitement disponible, la survenue d'effets indésirables dus au traitement lui-même, et la sélection potentielle de souches résistantes du virus, notamment en cas de mauvaise observance au TPE. Ces risques théoriques semblent ne pas devoir être considérés comme des freins majeurs à son utilisation.

Risques de réduction des comportements de prévention

La disponibilité d'un TPE ne semble pas augmenter les comportements à risque, mais le fait d'y avoir recouru ne semble pas non plus les diminuer (absence d'effet dissuasif)²⁰. Dans les couples séro-différents, la connaissance du TPE n'entraîne pas de changement significatif dans l'utilisation du préservatif²¹.

Effets indésirables et toxicité du TPE

L'expérience issue des traitements post exposition administrés aux professionnels de santé a permis d'améliorer la connaissance des effets indésirables graves et de la toxicité

¹⁵ Cardo-1997

¹⁶ Harrison-2000, Harrison-2001, Kahn-2001, Braitstein-2001

¹⁷ Drezett-2002

¹⁸ Rabaud, 2006

¹⁹ Katzenstein-2000, Bloch-1999

²⁰ Schechter-2004 et Schechter-2001, Martin-2001, Waldo-2000, Kwong-1999

²¹ Van der Straten-1998

du TPE. Ceux-ci sont évidemment dépendants notamment des combinaisons d'ARV recommandés. Les études en la matière sont nombreuses, et les recommandations nationales sont issues en France des expertises menées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Les effets indésirables ne seront donc pas détaillés ici. Le choix des associations d'ARV préconisées en France par les experts prend évidemment en compte le rapport bénéfice risque du traitement, que chaque médecin réévalue par ailleurs avant de prescrire.

Sélection de virus résistant aux traitements

Les traitements ARV ne préviennent pas toutes les infections dans le cadre d'expositions professionnelles et périnatales. De la même façon, on n'attend pas du TPE qu'il soit totalement efficace dans les expositions non professionnelles. Dans cette mesure, la sélection de virus résistants par médicaments antirétroviraux est théoriquement possible. Cependant, de par la relative absence d'échecs documentés du TPE pour lesquels un test de résistance a été entrepris, la probabilité de survenue d'une telle résistance n'est pas connue. Un certain nombre d'études font état de résistances dans un tel contexte, mais il n'a pas été possible de déterminer si la mutation était préalable à la transmission ou si elle était survenue au cours du traitement, notamment à cause de la difficulté à tester les personnes source²². Cette dernière occurrence paraît cependant peu probable dans la mesure où la majorité des expositions non professionnelles ne conduisent pas à l'infection à VIH, et que l'association de plusieurs antirétroviraux diminue encore ce risque.

2.2.3 Efficience du TPE

Si le bénéfice du TPE pour un individu donné est mesuré en mettant en balance son efficacité potentielle au regard d'un risqué évalué, la validité du TPE en tant que mesure de santé publique doit être abordée en analysant son rapport coût/bénéfice.

De telles études ont été publiées.

Aux USA, une évaluation à partir de différents scénarii d'exposition au risque montre que l'efficience ne vaut que pour les situations où le partenaire sexuel source est connu comme étant porteur du VIH, où après une exposition par rapport anal réceptif non protégé, le partenaire étant homo ou bisexuel de statut inconnu²³.

En France, une telle analyse montre que le TPE est « rentable » pour une exposition par rapport anal réceptif lorsque le partenaire est VIH+, et efficace pour des expositions par rapport anal réceptif quand le partenaire est homo ou bisexuel de statut inconnu. Le traitement n'est pas efficace dans les autres situations d'exposition, notamment en cas de rapport vaginal, ou dans le cas d'une pénétration anale insertive²⁴.

Une autre étude et des rapports anecdotiques montrent la difficulté à restreindre la mise en route du TPE aux seules expositions dans lesquelles il serait indiqué. En Colombie Britannique, où des « guidelines » pour préciser ces strictes indications de mise en route du TPE ont été appliqués, l'analyse des résultats montre que plus de 50% des bénéficiaires du TPE n'auraient pas du, selon ces recommandations, être mis sous traitement. Dans ce cas, le coût est évidemment doublé, de façon indue, passant de 230 000 à 530 000 dollars²⁵. Enfin, même si le TPE est efficace pour les expositions à risque élevé, les actions préventives sur les comportements sont de fait plus efficaces²⁶.

²² Schechter-2004, Beltrami-2002, Fournier-2001

²³ Pinkerton-1998 et Pinkerton-1997

²⁴ Hamers-2001

²⁵ Braitstein-2001

²⁶ Pinkerton-1998, Pinkerton-2000

Ceci souligne l'importance, lorsque l'on considère la mise en œuvre du TPE, d'y associer des conseils de réduction des risques et de prévention pour contrôler au maximum le danger de futures expositions²⁷.

2.2.4-Le contexte institutionnel et réglementaire en France et son évolution

Préambule

Dès 1989, Henderson et Gerberding discutaient déjà de l'intérêt d'utiliser la zidovudine (AZT) comme traitement post exposition. L'année suivante, paraissaient les premières recommandations des CDC sur la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang (AES). Concernant le traitement prophylactique par l'AZT, ces recommandations restaient très prudentes et laissaient au patient et à son médecin traitant le choix de la décision. Il était rappelé qu'aucune étude, à l'époque, n'avait démontré l'efficacité prophylactique de l'AZT, mais que certains résultats obtenus chez l'animal, dans le cas d'autres rétrovirus, suggéraient qu'un tel traitement pouvait être d'autant plus efficace qu'il était commencé rapidement après l'exposition.

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) a joué très tôt un rôle dans la prise en charge des accidents professionnels exposant au VIH. En effet, dès juin 1990, la direction de la politique médicale de l'AP-HP a recommandé la mise en œuvre d'un traitement préventif par l'AZT lors des accidents avec exposition au sang d'un patient infecté par le VIH.

Le bien fondé de cette thérapeutique préventive a été confirmé par l'étude cas-témoins des CDC d'Atlanta, publiée en décembre 1995 dans le *Morbidity and Mortality Weekly Reports*²⁸. Menée aux Etats-Unis, en France et au Royaume-Uni, cette enquête rétrospective, qui a inclus 31 cas de séroconversion chez des personnels de santé après exposition percutanée à du sang contaminé par le VIH comparés à 679 témoins (restés séronégatifs 6 mois après exposition à du sang infecté par le VIH) entre 1988 et 1994, faisait état d'une diminution de 80% du risque de séroconversion chez les patients traités (le risque de transmission du VIH qui avait été évalué à 0,3 % après exposition au sang d'une personne infectée, était réduit de près de 80 % par le traitement post-exposition). Dès que les résultats de cette étude furent connus, les premières recommandations officielles ont vu le jour en France²⁹.

Depuis septembre 1999, le dispositif de l'AP-HP s'est intégré au système national de recueil des données coordonné par l'InVS, notamment à partir des registres des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et de la médecine du travail³⁰.

Si tout n'est pas réglé³¹, des progrès ont été faits tant dans la connaissance et la généralisation des bonnes pratiques, que dans la surveillance et la formation des personnels hospitaliers. En témoignent l'apprentissage de nouveaux gestes et procédures de sécurité qui a conduit à une division par 4 en 10 ans de l'incidence des piqûres passée de 0,3/IDE/an en 1990 à 0,07 en 2000³², le fait que la prévention des AES fait désormais partie des protocoles mis en place dans chaque établissement de santé dans le cadre de sa certification, le fait qu'aucune séroconversion après exposition à un risque lié aux soins n'ait été recensé depuis plusieurs années (13 cas recensés de séroconversion au VIH documentée en France chez le personnel de santé au 30 juin 2001)³³, et l'importante

²⁷ Sudre-1999, Laporte-2001, Martin 2001

²⁸ CDC-MMWR-1995

²⁹ Note d'information DGS/DH/DRT n°81 du 25 septembre 1995

³⁰ BEH N°43/1999

³¹ Cassel-Béraud-2003, mémoire ENSP

³² Abiteboul-2002

³³ BEH N°12/2002

littérature médicale et réglementaire sur le sujet, justifiée face à un risque professionnel lourd et indemnisable³⁴. Pour ces raisons, cet aspect du problème ne sera pas traité ici, en dehors de la part relative qu'il occupe au regard des expositions non professionnelles.

La circulaire de 1998

En France, la prescription d'un traitement prophylactique antirétroviral (pris en charge par l'assurance maladie) après exposition non professionnelle, fait l'objet de recommandations officielles depuis 1998³⁵. Depuis, cette recommandation est reprise dans pratiquement tous les documents officiels traitant de lutte contre le sida. On la retrouve dans le Plan national de lutte contre le VIH-SIDA 2001-2004, au paragraphe 7.4 « *Améliorer l'accessibilité au traitement après exposition* », ainsi que, relativement détaillée, dans le Programme d'actions de prévention de l'infection VIH/SIDA et MST en France pour les hommes ayant des rapports avec les hommes pour les années 2001-2004 au paragraphe 3.1.2 « *Améliorer les modes d'accès du traitement après exposition (TAE) pour en optimiser le rapport bénéfice/risque par l'élaboration d'un document sur les conduites à tenir en cas d'urgence après une prise de risque, pour les Centres de diagnostic anonyme et gratuit (CDAG) et les permanences des associations, la production et la diffusion de supports d'information en partenariat avec la presse affinitaire, l'actualisation des cadres de référence, des recommandations cliniques et des conseils de prescription (groupe AFSSAPS), l'établissement d'un état des lieux au niveau local* ».

Il y est fait allusion, de manière plus ténue, et dans un cadre beaucoup plus ciblé, dans le Programme National de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2005-2008.

Dans la mise en œuvre de cette circulaire, un rôle majeur est donné aux centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), mis en place en 1988³⁶.

La « circulaire de 1998 » décrit les recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH, quel que soit le type d'exposition, accidentelle à du sang ou à un liquide biologique contenant du sang, sexuelle ou par partage de matériel de prise de drogue. Ces recommandations issues de groupes d'experts ont été soumises à l'avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, et la Commission de l'AMM de l'agence du médicament a émis un avis favorable quant au traitement antirétroviral après exposition non professionnelle.

Ce que disent ces recommandations:

1) Une évaluation du risque et un protocole adapté

- Les indications au traitement y sont ainsi définies :

« Le traitement est recommandé dans les situations qui peuvent être clairement documentées et où le risque peut être analysé. Un traitement antirétroviral après exposition doit être envisagé dans les 48 heures suivant l'exposition au risque, si la personne source est atteinte d'une infection à VIH ou appartient à un groupe à forte prévalence et si la pratique exposante comporte un risque important, ou s'il s'agit d'une pratique à risque moindre mais avec facteurs de risque aggravants. »

- Les traitements sont choisis par le médecin selon des critères explicites, l'association de plusieurs ARV est recommandée
- Le délai préconisé entre la prise de risque et la mise en route du TPE est de 48 heures, mais la formulation laisse une certaine latitude au médecin : *« Il est recommandé de débiter ce traitement le plus tôt possible, de préférence dans les*

³⁴ BEH N°11/2001, BEH N° 25/1999, BEH N°25/1998, Tarantola-2005

³⁵ circulaire DGS/DH/DRT/DSS/98/228 du 9 avril 1998

³⁶ lettre DH/QSPE no 7223 du 2 juin 1988 relative à l'instauration des CISIH

heures qui suivent l'exposition. La limite de 48 heures semble raisonnable pour la recherche d'une efficacité maximale ».

- La durée du traitement est fixée à quatre semaines.
- Pour le suivi il est préconisé, 3 à 6 semaines après l'arrêt du traitement, de pratiquer une antigénémie p24 (ou ARN VIH plasmatique si disponible) et la détection des anticorps, puis, trois mois après l'arrêt du traitement, la détection des anticorps et enfin, 5 mois après l'arrêt du traitement, une dernière détection des anticorps.
- Enfin, une évaluation du dispositif est prévue, et mention appuyée est faite de l'importance de l'accompagnement et du soutien, y compris en s'aidant de relais associatifs le cas échéant, et du rappel des conseils de prévention à l'intention du bénéficiaire du traitement post-exposition.

2) Un dispositif local d'accueil et de prise en charge clairement identifié

- La prescription initiale des antirétroviraux est hospitalière, préférentiellement dans les services d'urgence et les services spécialisés dans la prise en charge du VIH.
- Les médecins généralistes doivent être informés du principe du traitement post exposition et de la conduite à tenir face à une demande.
- Le recours à un médecin «réfèrent» compétent en matière de traitement antirétroviral doit pouvoir être la règle, en première ou deuxième intention, mais tout médecin responsable d'un service d'urgence ouvert 24h/24 doit pouvoir être en mesure de prescrire une association d'antirétroviraux, pour les 48 premières heures, à toute personne victime d'une exposition au VIH.

3) La diffusion de l'information sur le dispositif

Elle est évidemment prévue dans la circulaire, mais celle-ci insiste sur une information de proximité, en direction des professionnels et publics concernés, notamment les publics prioritaires : *« L'information doit être véhiculée par les relais professionnels et associatifs et être à disposition dans tous les lieux auxquels s'adresse la population (centres 15, pharmacies, Sida Info Service...) ».*

La circulaire de 2003

L'évaluation de la prophylaxie antirétrovirale post-exposition par l'InVS, qui avait été une des conditions de l'Agence du médicament, en 1998, pour donner un avis favorable à l'utilisation de ces médicaments dans une indication hors AMM, a permis de répondre aux trois objectifs principaux définis en 1999, qui étaient de décrire la population fréquentant ce dispositif, les pratiques de prescription des médecins, et les effets secondaires des traitements. Une première évaluation intermédiaire a eu lieu de juillet 1999 à décembre 2001³⁷, l'évaluation globale ayant duré jusqu'à fin 2003³⁸.

Il a ainsi été montré que la population ayant recours au dispositif concernait en majorité des cas d'exposition « sexuelle » (peu les usagers de drogue), que les délais de consultation étaient en règle trop longs pour prétendre à une efficacité optimale du traitement, et qu'il existait incontestablement une « sur prescription » médicale notamment pour un risque non identifié (statut VIH inconnu de la source) ou faible. En revanche, le taux d'effets secondaires rapportés paraissait acceptable. Par ailleurs, les dispositifs mis en place manquaient d'homogénéité suivant les départements et les

³⁷ BEH n°36/2002

établissements hospitaliers. Enfin, le public semblait inégalement informé de la possibilité d'un recours au TPE³⁸.

Ces constatations, en même temps que l'évolution des pratiques, et le rapport d'expertise approuvé par la commission d'AMM de l'AFSSAPS le 17 octobre 2002, ont conduit à l'arrêt de l'évaluation nationale réalisée par l'InVS, à son recentrage sur le suivi de tolérance du TPE dans le cadre de la pharmacovigilance (AFSSAPS), et à l'élaboration de cette nouvelle circulaire, réactualisant les recommandations de 1998³⁹.

Celle-ci va dans le sens d'une limitation des prescriptions et d'une actualisation des associations thérapeutiques, en conservant l'esprit de la circulaire de 1998, à savoir : uniformiser et rendre visible et accessible les dispositifs de prise en charge, permettre que les personnes ayant pris un vrai risque consultent rapidement et puissent bénéficier d'un traitement, tout en évitant le relâchement des comportements préventifs, par le rappel et le renforcement de ceux-ci, et charger les services déconcentrés de la triple tâche :

- d'assurer l'adaptation du dispositif local d'accueil et de prise en charge aux besoins en lien avec les différents partenaires,
- d'informer les professionnels de santé et le public sur l'existence et le fonctionnement du dispositif,
- de contrôler régulièrement la bonne marche du dispositif.

Six points importants sont précisés ou rappelés dans la circulaire de 2003

1. le TPE « doit être réservé aux situations à risque identifiable de transmission du VIH ». Des grilles d'évaluation du risque et d'indication au traitement permettaient de guider le médecin.
2. « les recommandations de la circulaire DGS/VS2/DH/DRT/99/680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques sont maintenues » (de fait, cette circulaire s'adresse aux professionnels de santé).
3. l'accueil doit être assuré aux heures ouvrables par «les consultations et les services hospitaliers qui assurent habituellement la prise en charge des personnes infectées par le VIH (dont certains CDAG hospitaliers)» et aux heures non ouvrables, par les services des urgences. Les urgentistes « doivent pouvoir demander un avis téléphonique auprès d'un médecin référent, à un niveau départemental ou régional ».
4. l'information et la formation régulièrement dispensées auprès des professionnels concernés.
5. le traitement le plus approprié, en dehors des cas où un avis spécialisé est requis lorsque la source est VIH+ sous traitement, consiste en une trithérapie associant deux INTI à une antiprotéase. Combivir (zidovudine/lamivudine) associé à Viracept (nelfinavir) ou Kaletra(ritonavir/lopinavir) est ainsi recommandé.
6. enfin, la circulaire insiste sur le délai entre l'accident d'exposition au VIH et la première prise de médicament, optimal dans les 4 premières heures et au plus tard dans les 48 heures post-exposition au VIH

D'autre part, un élément préventif nouveau est intégré sous la forme d'une brochure explicative à remettre au patient.

³⁸ BEH N°48-2004

³⁹ circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS/2003/165 du 2 avril 2003

Enfin il est rappelé dans les 2 circulaires (1998 et 2003) au chapitre V que les services déconcentrés sont nommément investis d'une fonction de veille dans le suivi de cette activité.

La Circulaire DGS/Div. Sida n° 99-109 du 22 février 1999

Cette circulaire interministérielle, en réponse à une inquiétude suscitée par le contact fréquent des fonctionnaires de police avec une population « à risque », est relative à la prévention des risques de contamination par le VIH et à l'organisation de l'accès aux traitements antirétroviraux pour ces fonctionnaires. Elle insiste sur la collaboration entre services déconcentrés (DDASS-Sécurité publique-Police) pour une meilleure information, formation et prévention des fonctionnaires de police, en vue de les faire bénéficier du TPE en cas d'exposition à un risque de contamination par le VIH.

La Loi Perben

La loi n° 2003-239 du 18 mars 2003, dite "Perben I", a introduit un article 706-47-I dans le Code de procédure pénale qui prévoit qu'un « *officier de police judiciaire (OPJ), agissant au cours d'une enquête ou sur commission rogatoire, peut faire procéder, sur toute personne contre laquelle il existe des indices graves ou concordants d'avoir commis un viol, une agression sexuelle ou une atteinte sexuelle prévus par les articles 222-3 à 222-26 et 227- 25 à 227-27 du Code pénal, à un examen médical et à une prise de sang afin de déterminer si cette personne n'est pas atteinte d'une maladie sexuellement transmissible. L'officier doit s'efforcer d'obtenir le consentement de l'intéressé. À la demande de la victime ou lorsque son intérêt le justifie, cette opération peut être effectuée sans le consentement de l'intéressé sur instructions écrites du procureur de la République ou du juge d'instruction. Le fait de refuser de se soumettre à ce dépistage est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende* ».

Toutefois, il faut préciser qu'il s'agit ici d'une procédure exceptionnelle, dans un cadre pénal bien défini. Dans tous les autres cas, comme le rappelle une note de la DGS⁴⁰, "*Si la connaissance du statut sérologique de la personne source est importante, sinon déterminante, elle ne peut être obtenue qu'avec son accord. Tout dépistage à l'insu ou contraint doit être proscrit*".

Le Programme national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2005-2008

Ce programme, inscrit dans les priorités de la loi de santé publique, poursuit la stratégie et les actions développées dans le Plan national de lutte contre le VIH/Sida de 2001-2004. Il y intègre, pour la première fois, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles dans un objectif de cohérence de la politique de Santé Publique. Il souligne l'importance de renforcer les actions en direction des groupes prioritaires (redéfinition des stratégies d'intervention et d'incitation au dépistage), et d'initier de nouvelles stratégies de prévention des IST au sein de la population générale.

Le programme reprend également les objectifs fixés par la Loi de Santé Publique, notamment :

- **diminuer de 20% l'incidence des cas de sida en 5 ans**
- Réduire l'incidence de la syphilis, des gonococcies, et la prévalence des chlamydioses
- Offrir un dépistage systématique des chlamydioses à toutes les femmes à risque d'ici à 2008.

Ce programme s'inscrit en complémentarité avec les plans ou programmes en faveur des usagers de drogue par voie intraveineuses, des détenus, des personnes prostituées, le

⁴⁰ Note de la DGS du 10 septembre 1998 "principales dispositions de la circulaire DGS/DH/DRT/DSS N° 98/228 DU 9 AVRIL 1998

Programme national de lutte contre les hépatites B et C, le Programme de lutte contre le VIH/Sida en direction des migrants/étrangers vivant en France. Il se décline au niveau local dans le Plan Régional de Santé Publique (PRSP). Il s'appuie notamment sur de nouvelles structures, que sont les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST).

Les COREVIH

Le décret 2005-1421 du 15 novembre 2005, relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, instaure sur le territoire français dans une unité géographique à définir (infrarégionale, régionale ou interrégionale), des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, chargés de favoriser l'ensemble des activités des professionnels, des associations et des usagers impliqués dans tous les aspects de la lutte contre l'infection par le VIH. Ces comités doivent remplacer à terme les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), créés en 1988⁴¹. Ceux-ci se sont révélés efficaces sur le plan de la recherche clinique, de la thérapeutique et de l'analyse des données médico-économiques, mais une évolution s'avérait nécessaire. Réputés trop centrés sur l'hôpital, leur cadre réglementaire était fragile (simple lettre⁴¹), et les principes de démocratie sanitaire contenus dans la loi du 4 mars 2002⁴² étaient difficiles à adapter aux structures en place.

Les COREVIH sont en cours d'élaboration sur tout le territoire, sous le pilotage des DRASS. Ils auront trois missions essentielles :

- coordination (entre les différents opérateurs, établissements de santé, professionnels médico-sociaux et représentants des malades et usagers du système de soins),
- recueil et analyse des données du territoire, avec comme corollaire une adaptation optimisée des actions à partir de cette analyse,
- amélioration de la qualité des pratiques et harmonisation des protocoles et procédures (par la recherche notamment).

En Ile de France, ils doivent être au nombre de cinq, à l'Est, à l'Ouest, au Sud, au Nord et au Centre de Paris. Un « Inter-Corevih » est également constitué pour travailler sur des sujets transversaux.

Ils doivent permettre une meilleure adaptation de la réponse régionale face aux caractéristiques actuelles de l'épidémie, à ses enjeux et à son contexte, en favorisant la coordination des acteurs pour une prise en charge globale et transversale des patients, ainsi que le rapprochement du dépistage, du soin et de la prévention.

Les CIDDIST

Dans le but de définir une politique nationale cohérente et d'assurer une mise en œuvre locale homogène des priorités définies au niveau national, la réforme portée par la loi relative aux libertés et responsabilités locales du 13 août 2004 confie à l'Etat la responsabilité de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) en gardant bien sûr ses compétences en matière de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ce regroupement des compétences doit se faire notamment au sein des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), anciens dispensaires antivénéériens. En valorisant le principe de confidentialité, l'accès au dépistage et aux soins des groupes à risque sera favorisé. En rapprochant les activités des CDAG et des CIDDIST, il doit aussi contribuer à une meilleure articulation entre le dépistage et le diagnostic, et permettre la remontée de données épidémiologiques pertinentes.

⁴¹ Lettre DH/SPE n° 7223 du 2 juin 1988

⁴² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

2.2.5- Le contexte européen

Le traitement post-exposition au VIH chez les personnels de santé est utilisé dans toute l'Europe, sans qu'il y ait pour autant d'approche homogène. Cependant, un groupe d'experts, (de Croatie, Danemark, United-Kingdom, France, Allemagne, Portugal, Espagne, Suisse) financé par la Commission européenne, et coordonnés par l'Italie s'est réuni entre 2000 et 2002 et a émis des recommandations⁴³.

Le TPE est recommandé lors de relations anales réceptives non protégées et d'échange de seringue ou d'aiguille lorsque la personne source est séropositive pour le VIH ou originaire d'un groupe de population où la prévalence au VIH est élevée. Toute combinaison d'antirétroviraux disponibles pour les patients séropositifs pour le VIH peut alors être utilisée, avec une préférence pour les traitements les plus simples et les moins toxiques. Au delà de 72 heures après l'exposition, le TPE n'est cependant pas recommandé. Les traitements antérieurs devraient être recherchés chez le patient source. Un dépistage du VIH et une évaluation clinique, accompagnés de conseils et d'un soutien psychologique, devraient être menés tout de suite après l'exposition, puis après un délai de 6 à 8 semaines, et enfin, au moins six mois après. Ni les tests en routine de résistance aux antirétroviraux chez le patient source, ni la recherche directe du virus chez les personnels soignants exposés ne sont recommandés.

Ainsi, la pratique du TPE, en ce qui concerne les prises de risques autres que celles des professionnels de santé, semble une pratique clinique à la fois faisable et fréquente en Europe⁴⁴, finalement peu différente de celle mise en œuvre en France⁴⁵.

La pratique du TPE au niveau international n'est pas abordée ici. Il est toutefois permis de penser que cette pratique n'est pas généralisée aux 192 états-membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU)...même si la référence en la matière provient des recommandations des CDC (USA), et qu'on en trouve sa déclinaison pratique pour les fonctionnaires de l'ONU, dans des indications restreintes...aux seules moralement acceptables (page suivante, à titre d'anecdote).

⁴³ Puro-2004

⁴⁴ Almeda-2004

⁴⁵ AIDS Care.2000

L'élargissement du TPE aux indications non professionnelles est dorénavant préconisé pour les personnels des Nations Unies. Une trousse d'urgence, dite "PEP Starter Kit"(pour "dispositif de démarrage de prophylaxie post-exposition") leur est remise en cas d'agression sexuelle ou d'accident de travail. Elle comprend les médicaments requis pour les cinq premiers jours de la "PEP", un nécessaire contenant test de grossesse et contraception orale d'urgence, des directives à l'intention du médecin traitant et du patient et un formulaire de consentement éclairé. Si les délais de traitement sont du même ordre que ceux pratiqués en Europe (2-24h jusqu'à 72h), on notera que l'indication est réservée aux expositions professionnelles et à l'agression sexuelle :

« Ideally PEP should be initiated **within 2-24 hours** (and **no later than 48-72 hours**) of possible exposure to HIV, and must continue for approximately four weeks.

The starter kits **are not available** to individuals who:

- are (or may be) already infected with HIV; or
- are (or may be) exposed to HIV because of voluntary activities outside work involving potential HIV-transmission. »



Si vous êtes victime d'une agression sexuelle, vous avez peut-être été exposé au VIH. En tant que fonctionnaire des Nations Unies, vous avez droit à un traitement prophylactique post-exposition

3-Etude et méthode

3.1-La question de départ et les objectifs de l'étude

« **Quels sont les atouts et les limites de l'offre de prise en charge précoce après exposition non professionnelle au risque de contamination par le VIH en Ile de France en 2006 ?** » (rappel : professionnelle renvoie ici à une profession liée au soin).

3.2-Le cadre de l'étude

L'étude s'est volontairement limitée à quelques départements d'Ile de France, le Val d'Oise et les Yvelines principalement. Certains établissements (incluant certains établissements parisiens), ont été choisis parmi d'autres en raison de leur représentativité, notamment le Centre hospitalier de Bichat, siège d'un CISIH, ou le service des urgences de l'Hôtel-Dieu, qui a vocation à accueillir nombre de victimes de violences sexuelles de la région parisienne.

3.3-Méthodologie

3.3.1 Recueil de données

Il s'est fait conjointement par la recherche documentaire, l'étude de dossiers dans un grand centre parisien, et des entretiens auprès de professionnels de terrain, chacune des parties alimentant les autres au fur et à mesure de la progression du travail.

Recherche bibliographique

Les données disponibles ont été recherchées au niveau régional ou départemental, voire national, auprès des administrations ou institutions concernées, notamment la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de l'Ile de France (DRASSIF), la Direction générale de la santé (DGS), la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), l'InVS, l'AFSSAPS. D'autres données émanent de l'Agence nationale de la recherche sur le sida et les hépatites virales B et C (ANRS), de l'Observatoire régional de la santé d'Ile de France (ORS), du Centre régional d'information et de prévention du sida d'Ile de France (CRIPS), des Associations de lutte contre le sida, comme Sida Info Service, Act-up, Sidaction, Aides. Les bases de données dématérialisées de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP), Medline, etc... ont été consultées.

Caractéristiques de l'offre et de la demande dans un Centre hospitalier parisien

Peu de données précises sont disponibles en ce qui concerne les expositions non professionnelles, notamment depuis l'évaluation faite par l'InVS sur ce sujet⁴⁶. Pour cette raison, un recueil de données concernant l'accueil et la prise en charge médicale des accidents d'exposition au VIH a été conduit au centre hospitalier de Bichat/Claude Bernard, sur l'année 2005. Ce recueil s'est voulu exhaustif en ce qui concerne l'accueil aux urgences. L'analyse du suivi des dossiers a présenté plus de difficultés, notamment pour ceux dépendant de la consultation spécialisée. Elle n'a donc été réalisée que sur un échantillon de ces dossiers (1/4).

Le centre hospitalier de Bichat a été choisi pour deux raisons. D'une part ses liens nécessairement privilégiés avec le Val d'Oise puisque situé au nord de l'agglomération parisienne (Porte de Saint Ouen). D'autre part à cause de sa place particulière dans

⁴⁶ BEH N° 36/2002 :173-175.

l'abord du TPE, ce centre ayant été spécialement actif dans la prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES) des professionnels de santé et dans nombre d'études d'impact des recommandations et mesures de prévention mises en place⁴⁷.

Sans prétendre à une étude scientifique sur le sujet, on pouvait ainsi penser que les informations recueillies au niveau de Bichat soient extrapolables, et que, notamment en cas de dysfonctionnement, ce dernier ait un risque non négligeable d'être également présent au sein d'autres établissements.

Entretiens auprès de professionnels concernés

Pour cette partie, préférence a été donnée à des entretiens auprès de professionnels aptes à recueillir la parole des usagers. En effet, il a semblé peu pertinent d'accéder directement aux populations elles-mêmes. Un échantillon de quelques personnes dans les populations choisies risquait de ne pas avoir une grande signification. En effet, si l'abord des questions touchant à la santé exige du temps, celles qui explorent la sexualité rendent nécessaire la mise en confiance voire l'empathie entre enquêté et enquêteur, de manière à diminuer les réponses biaisées. Par ailleurs, sans délaisser le point de vue général, l'accent a été mis sur les populations prioritaires, notamment les femmes et jeunes filles originaires d'Afrique sub-sahariennes, la population carcérale, les homosexuels masculins, et le milieu de la prostitution. Il a semblé assez vite évident en effet, lors des investigations menées, que la stricte question du TPE pouvait (devait ?) être considérée, concernant les populations moins à risque, comme un élément relativement mineur en terme de moyen de prévention en Santé publique. Certains entretiens ont été personnalisés. Pour d'autres, ils ont été groupés, lors de séances de travail notamment.

Ils ont concerné :

1. des médecins

- responsables des services d'urgences des hôpitaux d'Argenteuil, de Pontoise, de Gonesse (95), ainsi que de Poissy et Versailles (78) et de l'Hôtel-Dieu et Bichat (75), dont certains disposent d'une UMJ de proximité,
- responsables d'Unités médico-judiciaires (UMJ) Hôtel-Dieu, Pontoise (95), Bondy (93),
- responsables de CDAG (Bichat, Gonesse, Saint-Louis)
- un médecin responsable de réseau ville hôpital du 95
- un médecin de prévention IST du Conseil Général 95
- responsables d'Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) à Fresnes (94), La Santé (Paris 14^e), Fleury-Mérogis (91), Bois d'Arcy (78), Osny (95).
- responsables d'un centre de Planning familial : 2 médecins (IDF) et une sage-femme (78).

Il avait été prévu au début de l'étude d'interroger un certain nombre de médecins libéraux notamment pour juger de leur niveau d'implication et de réactivité dans le système. Il a été décidé, après quelques investigations téléphoniques, et le recueil des premiers éléments d'enquête, de privilégier d'autres axes. En effet, l'étude des dossiers de patients (Bichat), les premiers entretiens auprès de médecins hospitaliers et aussi le simple calcul statistique ont confirmé que leur rôle dans ce dispositif n'était pas essentiel.

En ce qui concerne le milieu carcéral, il a paru plus opportun de s'adresser aux médecins responsables des UCSA, plus aptes à faire part de leur expérience dans le domaine, que

⁴⁷ Abiteboul-2003, Bouvet-2003, Johanet-2003, Tarantola-2003 et 2005, Pellissier-2006

de vouloir s'adresser directement aux détenus, par questionnaire notamment, connaissant la difficulté du recueil pertinent d'informations dans le contexte carcéral⁴⁸.

2. des responsables d'associations de prévention

- associations d'accompagnement et soutien aux femmes séropositives d'origine sub-saharienne : Bondéko à Gonesse (95), Ikambéré à Saint-Denis (93)
- Sida Info Service, site d'information sur le VIH/Sida, les hépatites et les infections sexuellement transmissibles (IST) Paris
- Aides
- Pastt (Prévention, Action, Santé, Travail pour les Transgenres, Paris, 10^e)
- Le Bus des femmes (association de prostituées, Paris 20^e)
- Le Codess 95 (Comité Départemental d'Education Sanitaire et Sociale) association très impliquée dans la prévention
- Le CRIPS (Centre régional d'information et de prévention du sida) d'Ile de France – une responsable formation Education Nationale.

3. Conduite des entretiens

Les entretiens ont été menés, chaque fois que possible, en présence du professionnel concerné, en général sur son lieu de travail. Il était enregistré, mené de façon semi directive à partir d'une grille adaptée en fonction de la spécificité traitée (annexe). Les sous questions abordées lors de ces entretiens peuvent être ramenées aux thèmes généraux suivants :

- La réalité et l'importance du problème (connaissance du TPE et recours au dispositif).
- La réponse attendue (accueil, offre de soins ou d'information) est-elle adaptée à la demande ou aux besoins (exprimés ou non) ?
- Les difficultés éventuellement rencontrées dans l'accès et/ou la mise en œuvre du TPE pour chaque professionnel, ou pour chaque type de population étudiée. Quelle est la place du manque de connaissance ou d'information? Du manque de formation ? Quelles conséquences pour certains professionnels, pour l'utilisateur ? Quelle est la part du déni, de la pudeur, de la stigmatisation, de la violence, du silence, dans les raisons pouvant faire obstacle à une utilisation rationnelle du dispositif?
- Et enfin, quelles améliorations, suscitées par l'expérience de chacun, pourraient être apportées ?

Certains entretiens ont été réalisés par téléphone, pour des raisons pratiques.

Enfin, la parole de certains professionnels a été recueillie lors de séances de groupes de travail à la DRASSIF, de manière essentiellement collective. C'est le cas pour les médecins des UCSA d'Ile France, et certains médecins des centres du Planning Familial. L'enregistrement n'a pas été utilisé dans ce cas.

4-Résultats et analyse

4.1 Accueil et prise en charge médicale

4.1.1- L'exemple d'un centre hospitalier parisien en 2005 (Bichat-Claude Bernard)

Une personne nécessitant une consultation en urgence pour une exposition au risque de transmission du VIH, que ce soit pour des raisons professionnelles, ou dans un autre cadre, peut se présenter directement au service des urgences de l'établissement,

⁴⁸ Ortmans, Mémoire ENSP 2005

notamment la nuit, puisque celui-ci fonctionne 24h/24. Aux heures ouvrables, certaines consultations spécialisées ont lieu soit dans les mêmes locaux que le CDAG, soit à la consultation de médecine infectieuse. Les horaires de ces dernières consultations étant contraints, le recrutement est évidemment moindre (les locaux du CDAG par exemple sont ouverts de 10h30 à 19h le lundi et mardi, les mercredi et jeudi AM et le vendredi matin). De même, si le patient se présente aux urgences dans la journée, il peut être immédiatement redirigé vers l'une de ces consultations, en fonction de l'heure et des disponibilités. Ce n'est pas le cas le plus fréquent, d'autant qu'on est toujours dans un contexte où la rapidité de prise en charge compte. En effet, si le délai de 48 heures reste pour la majorité des médecins la durée buttoir au-delà de laquelle il serait illusoire d'espérer une efficacité du TPE, ces mêmes médecins gardent à l'esprit qu'un TPE administré dans les toutes premières heures (<4 heures) est hautement souhaitable, ce qui explique que l'immense majorité des TPE soient initiés aux urgences, y compris dans la journée.

Le service des urgences

Les données issues de ce service ont permis de décrire la répartition de la population qui se présente pour une prophylaxie post-exposition, ainsi que la proportion des personnes pour qui le médecin a décidé la prescription du TPE.

a) *Préambule*

Le service des urgences dispose d'un système d'information par codage qui permet de renseigner la raison médicale pour laquelle le patient a été accueilli. Le codage utilisé ne permet pas de faire la distinction entre accident d'exposition au sang (AES) et risque d'exposition sexuelle ou aux injections (RESI).

La prise en charge des AES-RESI se fait aux urgences de l'hôpital Bichat telle que préconisée par les autorités de santé. L'accueil et l'évaluation du risque sont faits par des médecins « seniors », 24h sur 24, avec la possibilité à tout moment d'un contact téléphonique avec le ou les médecins référents sur le sujet. Ceux-ci sont en général interrogés lorsque le cas est difficile, notamment en cas de TPE proposé à la suite d'une exposition pour laquelle le patient source VIH+ est traité. Le TPE est alors adapté en fonction d'éventuelles résistances ou risques de résistances du VIH de la personne source.

Toute personne prise en charge aux urgences sera dirigée, à l'issue de la prise en charge initiale, vers une consultation de « contrôle » dans les 2 à 4 jours qui suivent. Cette consultation spécialisée permet d'assurer l'éventuelle réévaluation de la proposition de prise en charge, et le suivi des sérologies et du traitement. Il s'agit, soit de la consultation spécialisée (CS), soit du service des maladies infectieuses, soit de la médecine du travail, et quelquefois, plus rarement, lorsque le risque est inexistant, du médecin traitant (angoisse à gérer).

Enfin, les traitements donnés en première intention sont les associations Combivir-Viracept® ou Combivir-Kalétra®, choisies en fonction de critères de tolérance ou d'acceptabilité, et dans une proportion à peu près identique.

b) *Recueil des données*

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005, le service des urgences de l'Hôpital Bichat a notifié 323 passages pour affection codée «AES-RESI», accidents avec exposition au sang (AES) ou risque du à une exposition sexuelle ou par voie injectable (RESI).

Le codage ne faisant pas la différence entre AES et RESI, il a été nécessaire de sortir chacun des dossiers pour une analyse plus fine.

Après élimination de 22 dossiers (18 pour erreur de codage ou dossier non documenté, et 4 doublons), l'analyse a donc porté sur 301 patients vus aux urgences en 2005. A noter que plus du tiers des erreurs de codification (8), a été constaté entre le 2 et le 16 juillet. Il est probable qu'il s'agisse d'une difficulté dans la continuité des «supports humains» pendant les périodes de vacances.

Sur ces 301 patients, 192 sont des hommes et 109 des femmes (sexe-ratio 1,8). La plupart des patients sont domiciliés en Ile de France, Paris arrive en premier puis les départements 92, 93, 95, 94, 78 et 91 sont représentés par ordre décroissant.

c) AES

(Pour mémoire, bien que l'étude n'ait pas vocation à traiter ce sujet):

Les accidents d'exposition au sang de personnels soignants vus aux urgences en 2005 représentent 77 cas, 19 hommes et 58 femmes. Pour 19 cas, (5 H et 14 F), le dossier n'était pas suffisamment explicite pour connaître l'issue documentée de la consultation (TPE ou non TPE), soit en raison d'une absence de documentation suffisante, soit parce que le test rapide de la source était en attente...

Pour 8 cas, (1 H, 7 F) un TPE a été donné en raison de la séropositivité de la personne source. Pour 8 autres cas le TPE a été également donné, la source étant inconnue, ou indéterminable (1 refus de test) et/ ou le risque évalué non négligeable, sans qu'il soit possible de savoir si le traitement débuté aux urgences a été poursuivi à son terme.

L'absence de traitement ou de décision de traitement est documentée clairement pour 42 cas (31 femmes, 11 hommes). En général, il s'agissait d'AES pour laquelle la personne source était testée négative.

Ainsi, dans ce cadre, on constate que les AES concernent majoritairement les femmes (SR=3) et que seuls 21% des AES font l'objet d'une mise sous traitement initiale aux urgences, dont la moitié en raison de la séropositivité de la personne source. L'accès à la personne source est pour un AES généralement possible, ce qui aide évidemment à la prise de décision.

Il est intéressant de noter que le pourcentage de 21% de mise sous traitement est plus faible que celui relevé par l'InVS lors de son évaluation nationale d'avril 2003 (35%), même si la comparaison est discutable, le service des urgences n'accueillant qu'une minorité des AES de l'hôpital. La totalité des AES pris en charge à Bichat le sont en effet par la médecine du travail, souvent après appel du médecin référent (245 cas relevés en 2005).

Enfin, en ce qui concerne les 19 dossiers « non » documentés, on peut penser qu'ils correspondent à des patients n'ayant pas nécessité la mise sous traitement impérative d'emblée (le médecin n'oublie généralement pas de renseigner le traitement), ce qui laisse penser que la proportion de patients mis sous TPE est encore moindre.

d) RESI

Les expositions hors du cadre des personnels médicaux ou para-médicaux (RESI) représentent 224 personnes vues aux urgences en 2005. Parmi elles, 7 dossiers ont été écartés par manque de données suffisantes.

152 personnes ont été accueillies pour une exposition sexuelle (68%), 46 sont des policiers en exercice (21%), et 19 ont une exposition « autre » (8%).

On note qu'il n'y a aucun cas documenté d'exposition par usage ou échange de seringues (1 seule personne toxicomane vue pour agression).

Analyse par type d'exposition:

Policiers (46)

- 7 ont été mis sous TPE. Ce sont tous des hommes entre 22 et 31 ans. L'exposition est due à une morsure dans 4 cas, à la projection de sang sur peau lésée dans 3 cas (dermabrasion, eczéma, égratignure). Le statut sérologique de la source n'est pas connu au moment de l'évaluation du risque.
- 28 n'ont pas été admis au TPE. Ce sont 4 femmes de 22 à 28 ans, 24 hommes de 20 à 44 ans. Les expositions sont minimales, de la rencontre piquante avec un

dentier au cours d'une fouille (!), à la projection de crachats dans l'œil, en passant par griffures ou morsures, lors d'arrestations « musclées ».

- 11 dossiers ne sont pas suffisamment documentés. Il s'agit d'hommes entre 21 et 32 ans pour lesquels il semble néanmoins probable qu'il n'aient pas bénéficié du TPE, les conditions rapportées d'exposition étant sans risques (projection de salive, peau saine).

Dans tous les cas, les procédures sont respectées, de contrôle de la vaccination tétanos et VHB, notamment.

Expositions autres (19)

Ces expositions « autres » regroupent des modes d'exposition divers, par piqûre, morsure ou coupure. Dans l'immense majorité des expositions où une piqûre par seringue est alléguée, il est fait état d'une seringue « dépassant d'un sac », ou d'une seringue sur laquelle le patient s'est assis « dans le métro ». La relation détaillée d'un cas exemplaire dans le chapitre du suivi de traitement fournira des éléments pour invalider largement ce discours, ce qui explique probablement pourquoi les médecins ont prescrit le TPE dans un nombre non négligeable de cas dans ce groupe, y compris sur le conseil du médecin référent (7 TPE sur 19). En effet, il s'agit souvent d'une manière pour le patient de dissimuler une relation sexuelle à risque, pour laquelle, du coup, les éléments d'appréciation pertinents manquent au médecin. A l'inverse, ces cas révèlent souvent une forte demande de prise en charge, elle-même souvent sous-tendue par une forte angoisse.

Expositions sexuelles (152)

- pour 8 personnes, les éléments du dossier des urgences ne permettent pas de connaître la décision du médecin, ni les détails de la prise de risque sexuelle.
- 55 personnes (16 femmes, 39 hommes, 18 hétérosexuels, 19 homo et 2 non documentés) ont été vues pour une prise de risque sexuelle pour laquelle le TPE n'a pas été prescrit. Chez 24 d'entre elles, un test rapide a pu être effectué chez le ou la partenaire source, test négatif chez 21, ce qui a permis de surseoir au traitement. La source était positive pour le VIH dans 3 cas, mais les prises de risque étaient multiples antérieurement à l'accident motivant la demande, l'indication d'un dépistage et d'un suivi a donc seule été posée. Chez 6 personnes, le délai de prise en charge dépassait 24 heures, et chez 5 personnes, il était supérieur à 48 heures. Pour 7 cas, les personnes sont venues en couple (4 couples hétéro, 3 homo), facilitant la prise en charge (test rapide du partenaire négatif). Enfin, dans 1 cas, un TPE avait été prescrit antérieurement (« recours multiple »).
- 89 personnes (18 femmes, 71 hommes, dont 47 homo et 24 hétérosexuels), âgées de 17 à 59 ans, ont été mis sous TPE après une prise de risque sexuelle. Les indications du traitement étaient posées sur des critères conformes aux recommandations (partenaire ou pratique sexuelle à risque) et le délai était en règle inférieur à 8 heures, sauf pour 4 cas (délai compris entre 24 et 48 h). Le statut sérologique de la personne source (VIH+) était connue dans 20 cas (15 fois chez les partenaires homo, ce qui correspond à 32% des cas, 5 fois pour les partenaires hétérosexuels, ce qui correspond à 21% des cas). Dans 4 cas, un TPE antérieur a été noté (« récurrence »), 3 cas correspondaient à des personnes homosexuelles en dehors d'une relation de couple séro-différents, 1 cas correspondait à une personne hétérosexuelle dans ce type de relation. Enfin, dans 3 cas, le service des urgences a servi de « dépannage » pour un TPE antérieurement prescrit (fermeture du CDAG, mauvaise observance, week-end...).

Au total :

La part relative des expositions sexuelles vues aux urgences semble en augmentation (68% versus 55%) par rapport à l'étude de l'InVS de 2003, avec les réserves que l'on peut faire concernant la comparabilité des échantillons.

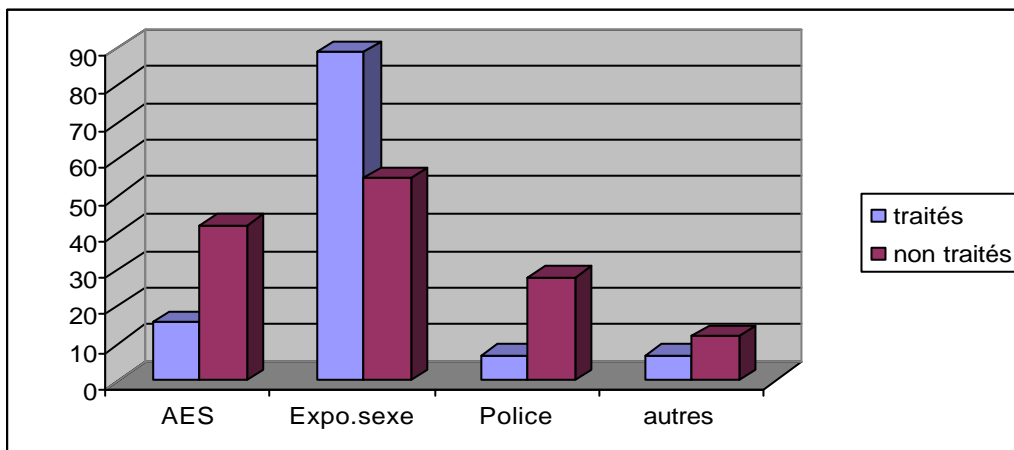
Le TPE a été prescrit dans 103 cas d'expositions RESI (exposition en dehors du cadre du soin), soit 47%. Plus précisément, il est documenté pour 89/146 expositions sexuelles (61%), 7/46 expositions policières (15%), et 7/19 expositions autres (36%).

On constate que le pourcentage de personnes traitées est plus important lors des expositions sexuelles (61%). Le pourcentage des personnes mises sous TPE chez les autres exposés (police + autres) est de 21%. Ces chiffres diffèrent notablement, et dans le bon sens (restriction des indications), des chiffres de l'évaluation InVS de 2003, pour lesquelles ils étaient respectivement de 85 et 44% (avec les mêmes restrictions déjà signalées).

Tableau n°1

Part respective des TPE initiés aux urgences en fonction du type de prise de risque (en valeurs absolues)

population	AES	Expo.sexe	Police	autres
traités	16	89	7	7
non traités	42	55	28	12



La consultation spécialisée (CS)

Par définition, les patients qui se présentent à cette consultation viennent pour un dépistage ou un traitement liés à une exposition non liée aux soins. L'étude des dossiers avait pour but de mieux connaître le suivi des traitements et le devenir des patients.

162 dossiers de RESI sont enregistrés pour l'année 2005 à la CS de Bichat. Parmi eux, 41 dossiers ont été sortis par méthode aléatoire (1 sur 4), correspondant à 25% des dossiers de l'année. Parmi ces 41 dossiers tirés au sort, 17 correspondaient à des patients adressés par les urgences (41%).

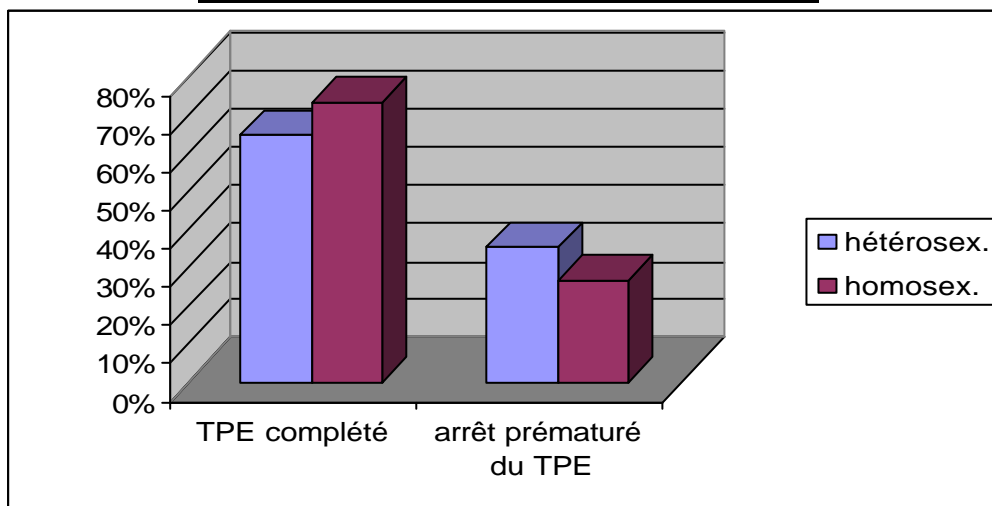
- Sur 41 expositions RESI, 35 correspondent à une exposition sexuelle (16 par contact homosexuel, 18 par contact hétérosexuel), et 7 à une exposition « autre » (seringue, bagarre, policier).

- Parmi les 7 expositions « autres », un seul cas a été mis sous TPE. Il s'agissait d'un homme ayant eu un contact direct avec le sang contaminé d'une personne source VIH+ au niveau de plaies des mains. Le suivi n'a été documenté que jusqu'au 21^e jour de traitement (test négatif), le patient est ensuite perdu de vue. Dans les autres cas, le TPE a été soit non indiqué d'emblée, soit stoppé après une prescription effectuée aux urgences. La compliance aux contrôles a été, elle, relativement bonne, puisque 4/6 personnes ont eu un contrôle (négatif) à 3 ou 6 mois, en plus de la personne traitée (testée au 21^e jour).
- Sur 17 hétérosexuels traités, 6 ont interrompu le TPE prématurément sans cause documentée (2 à j7, 2 à j15, 1 à j21 et 1 à j3). Un TPE a été interrompu logiquement après résultat négatif du test du partenaire. Pour les caractéristiques des autres voir tableau n°3 (délais de mise sous TPE, source +, suivi).
- Sur 15 homosexuels qui ont reçu un TPE, 4 l'ont interrompu sans raison explicite avant son terme (2 perdus de vue à j15, 2 à j7). Un TPE a été interrompu logiquement après résultat négatif du partenaire. Pour les autres, voir caractéristiques (délais de mise sous TPE, recours multiple, source +, suivi) au tableau n°4.

Tableau n° 2

Arrêt prématuré du TPE dans les expositions sexuelles (CS-2005)

population	hétérosex.	homosex.
TPE complété	65% (11/17)	73% (11/15)
arrêt prématuré du TPE	35% (6/17)	27% (4/15)



On constate que le traitement post-exposition entrepris après une prise de risque sexuelle est mené à son terme dans près de 70% des cas dans un grand centre parisien tel que Bichat (à pondérer par la taille réduite des échantillons).

Tableau n°3

18 personnes vues à la CS en 2005 pour contact hétérosexuel à risque

Genre	Traitement	Bilan fin Tt	Eff.Ind.clin.	Eff.ind.bio.	Source
M	CK	J120 -			prostituée
M	CV	J120 -	A, D		prostituée maghrébine
M	CK	J7 - et PDV	D		prostituée
F	CV	J7 – et PDV	N, A		inconnue
F	CK puis Virac.	J120 -	N, A		inconnue
F	CK	J120 -	D		+ (couple s. dif.)
M	CV	J120 -	D, A		prost. brésilienne
M	CV	J21 - et PDV	D, A		+ (couple s. dif.)
M	CK	J120 -	N, V		prost. refuse test
M	CV	J15 – et PDV			+ (couple s. dif)
M	CV	J7 – et PDV			prost.nigérien.test rapid -
M	CV	J15 – et PDV	N, V, A, D	▲ asat/ alat	inconnue zone à risque
F	CK	J90 -			inconnue
F	CK	J120 -			inconnue
M	CK	J60 – et PDV	D, N		+ (couple s. dif.)
M	CV	J60 -		▲ amylase	prost. Afrique
M	Non indiqué	PDV			prost.? délai >3j
M	CV 3j et arrêt	PDV	lexomil		Inconnue nigérienne

Tableau n°4°

16 hommes vues à la CS en 2005 pour contact homosexuel à risque

Traitement	Bilan fin Tt	Eff.Ind.clin.	Eff.ind.bio.	Source	Rec. mult.
CV	J120 -	D		2+ multipart.+ drog.	
CK	J60 -	N, D, érupt.		inconnue	oui
CK	J120 -	D		transexuelle	
CV	J8 sérodisc PDV			multipartenar, non pr	
CK	J15 – et PDV	N, D		+ (couple sérodisc.)	
CK	J15 – et PDV	N, D, A		inconnue	
CK	J240 sérodisc	D, A		+ et VHC + (couple)	
CK	J120 -			+ (couple)	
CV	J28 – et PDV			inconnue	
CK	J120 -	D		+ (couple)	
CV	J60 -	D	▲ asat/alat	inconnue	
CK	J7 ? PDV			inconnue .	
CV	J120 -	D, N		inconnue	
CK	J 60 ? – dél>48h			séro -	
arrêt à J3?	J30-			séro – (test rap.)	oui (chez partenaire)
Non indiq.	PDV	I		inconnue	oui

Légende : PDV=perdu de vue CV=Combantrin-Viracept®, CK=Combantrin-Kalétra®, D=diarrhées, N=nausées, V=vomissements, A=asthénie/malaises, Tt=traitement, Rec. mult= recours multiples au dispositif

Le taux global de personnes mises sous TPE et perdues de vue avant d'avoir complété le traitement (avant 4 semaines) est de 30% (10/32). Il n'existe pas de différence significative entre homo et hétérosexuels en ce qui concerne les abandons de traitement, étant donné la taille des échantillons, même si l'allure des courbes laisse penser que la population homosexuelle serait plus compliant.

Une source positive est un peu plus souvent retrouvée dans la population homosexuelle (5/16=31%) qu'hétérosexuelle (4/18=22%). Même si la taille des échantillons là encore n'est pas significative, on note que ces chiffres sont en parfaite cohérence avec ceux relevés dans le cadre des urgences.

Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté (un cas d'élévation de l'amylasémie, qui n'a pas entraîné l'interruption du traitement). Les effets indésirables les plus fréquents sont les diarrhées, nausées, vomissements, et l'asthénie. Ils sont notés dans plus de la moitié des cas (3/4 des cas dans la littérature).

Dans près de la moitié des cas de contact hétérosexuel à risque chez l'homme, la partenaire est une prostituée, pour laquelle le test rapide n'a pu être effectué qu'une seule fois (sur les 8 cas relevés). Dans un autre cas, le test a été refusé.

Enfin, 14% des personnes mises sous TPE ont eu une prise de risque dans le cadre d'une relation stable (couples séro-différents), chiffre à pondérer pour les mêmes raisons.

Au total :

De l'ordre de 70% des TPE prescrits ont été menés à leur terme, dans le cadre du diagnostic et du suivi des patients ayant pris un risque sexuel pour le VIH. Par ailleurs, si l'on considère comme correct un suivi clinique et sérologique à 3 mois, celui-ci était disponible pour 18/41 personnes (44%). C'est le double du chiffre relevé lors de l'évaluation nationale d'avril 2003, correspondant au suivi sérologique pour le VIH à 3-6 mois (22%). Si des progrès sont toujours possibles, la consultation spécialisée de Bichat semble se situer parmi les structures qui offrent une relativement bonne qualité de réponse en terme d'indication et de suivi du TPE, au vue des dossiers investigués dans le service.

La consultation des maladies infectieuses

Comme pour la CS, l'étude des dossiers de cette consultation avait pour but d'analyser le suivi et la compliance aux traitements. Son intérêt résidait plus dans une approche qualitative, par l'examen détaillé des dossiers, que quantitative. De fait, la faiblesse de l'échantillon n'autorisait pas une analyse statistique pertinente.

Cette consultation accueille tout patient nécessitant des soins pour une cause infectieuse ou parasitaire. Les AES y sont également pris en charge, à la différence de la CS.

Pour l'année 2005, le registre des consultations fait état de 37 consultations pour AES, qui ne seront pas analysées ici, de 6 consultations de policiers, et de 19 RESI.

Parmi ces 64 patients, 13 étaient passés par les urgences (dossiers documentés pour 7 AES, 5 Resi, et 1 policier).

La recherche des 25 dossiers RESI s'est faite aux archives de l'hôpital, 20 seulement ont été accessibles.

Sur ces 20 patients, 1 était hors champ (patient source), 1 avait une exposition de type « piqûre », 5 étaient des policiers, 13 avaient eu une exposition sexuelle (5 homo, 8 hétéro).

Aucun TPE n'a été administré dans les 2 premières catégories de risque.

Pour les autres, étant donnée la petite taille des échantillons, une analyse individualisée a pu être faite.

Parmi les homosexuels, 1 seul n'a pas été admis au TPE pour dépassement des délais (>72 heures). Les 4 autres ont reçu un TPE, parmi lesquels 1 seul a mené son traitement à bien (j30). 3 ont arrêté le traitement avant le 7^e jour (dont 1 à 4 jours... le médecin a transcrit dans le dossier la formule lapidaire du patient... « Ça me gonfle »).

Parmi les 8 hétérosexuels, le TPE a été réfuté chez 3 personnes, admis chez 5, et arrêté prématurément chez 3 (2 perdus de vue < 7 jours et 1 arrêt justifié par test de la source négatif).

Au total, le taux d'arrêt prématuré du TPE est de 6/9 pour les patients ayant une exposition sexuelle, soit 66%. Ce chiffre est bien évidemment à prendre avec réserve étant donnée la petite taille des échantillons étudiés. Il tempère cependant les résultats constatés au niveau de la CS.

Pour cette raison, l'étude de ces quelques dossiers ne peut évidemment constituer un reflet fidèle de la réalité, au sens statistique. Elle a permis par contre de mettre en relief certains points, qui seront d'ailleurs confirmés par les entretiens avec les professionnels de terrain.

- Le premier, déjà observé au service des urgences, est celui de la part relativement importante prise par les fonctionnaires de police dans le recours au TPE, pour des risques généralement considérés comme faibles, ce dont le taux de mise sous traitement témoigne. On constate en effet que sur les 20 dossiers RESI trouvés aux archives du service des maladies infectieuses, 1/4 correspondent à ce type d'exposition (ils étaient 15% aux urgences).
- Les autres points sont concentrés dans une même observation, qui m'a semblée exemplaire à ce titre. Elle concerne un homme de 40 ans, d'abord vu aux urgences à J1. Il raconte qu'il s'est piqué le doigt fortuitement avec une seringue abandonnée dans le métro. Le médecin des urgences a noté « *piqûre aiguille SC ? abandonnée sur siège RER. Piqûre de la pulpe 3è doigt gauche* » et a souligné « *pas de saignement* ». Un TPE par Combivir-Viracept® est donné aux urgences avec consultation prévue en médecine le lendemain. Le médecin consulté à J2 au service des Maladies infectieuses barre l'observation de son confrère et note : « *Vraie histoire : accident J0 à 9h : rupture de préservatif avec partenaire occasionnelle caucasienne. Rapport vaginal. Pas d'éjaculation, pas de règles, pas de sang. Mis sous CV depuis J1. Traitement non recommandé. MAIS devant ANXIETE +++ prescription même traitement jusqu'à J28* ». Le même médecin revoit le patient à J15 et J30. Il note à J15 « *va bien, quelques diarrhées, pas de vomissement, pas de fièvre. Renouvellement de traitement. Transa. ASAT/ALAT normales, sérologie VIH prescrit.* », puis à J30 « *va bien. Arrêt du traitement. Sérologie du ...-J15- négative. Sérologie dans 2 mois.* »

Ce que cette observation souligne :

- la difficulté de l'évaluation du risque en urgence (le patient a souvent du mal, ou a besoin de temps pour « livrer » au médecin son histoire, surtout si la sexualité est en jeu). Ici, malgré, ou à cause des doutes sur la véracité de l'histoire relatée (doutes qui transparaissent sur l'observation du premier médecin), le patient est mis sous TPE aux urgences.
- la difficulté de prendre une décision « scientifique ». L'histoire une fois rétablie, l'évaluation objective du risque devient possible. Elle aboutit à une non recommandation de traitement. Et pourtant, le médecin décide de poursuivre le TPE commencé aux urgences, devant l'anxiété de son patient.
- la difficulté du suivi médical. Le patient, contre toute attente (source de sérologie inconnue, risque faible à négligeable) suit correctement le TPE jusqu'à J30, malgré quelques effets indésirables qu'il supporte finalement bien. La première sérologie est négative, probablement (mais faussement) rassurante, et il n'est ensuite pas revu pour son contrôle ultérieur. Il est probable que la relativement bonne compliance au traitement est due ici à la qualité de la prise en charge psychologique du médecin, alors même que l'indication n'était pas claire, et que l'enjeu, vis-à-vis du patient, pouvait semblé minime.

4.1.2-Autres établissements en Ile de France

Les informations obtenues dans les autres établissements investigués l'ont été à partir des entretiens réalisés auprès de médecins responsables (chefs de service) des services d'urgence de ces hôpitaux, mais aussi par le biais de responsables associatifs ayant une expérience en la matière.

Il ressort de ces entretiens que la prise en charge médicale des patients en service d'urgence se fait généralement en conformité avec l'esprit des circulaires de 1998 et 2003. Les personnes chargées de l'accueil (secrétaire, infirmière d'orientation), puis du soin (médecin) sont en principe formées et informées de ce dispositif spécifique. Il existe toutefois des disparités de fonctionnement selon les établissements, et, dans un même établissement, selon l'équipe en place au moment de l'accueil d'un RESI, ou selon le moment de l'année. Par contre, une moindre disparité semble exister concernant la prise en charge médicale proprement dite. Les kits de trithérapie disponibles sont similaires, les référentiels d'évaluation sont utilisés, la circulaire et ses annexes ont été globalement appropriées, pour cet aspect purement thérapeutique.

Accueil

L'accueil aux urgences est un sujet en soi puisqu'il conditionne le délai de prise en charge. Or, si un TPE est indiqué, chaque minute compte pour une efficacité maximum. La majorité des patients vient aux urgences de l'hôpital spontanément (connaissance du dispositif, notamment chez les couples séro-différents), après appel du 15, ou à la suite d'un conseil auprès d'une association consultée dans la suite de la prise de risque, souvent dans une simple démarche de dépistage (Sida Info Service, AIDES, etc). L'adressage par un médecin de ville semble exceptionnel (une seule fois parmi les 300 dossiers vus aux urgences de Bichat). *« ça n'est pas leur problème », « très peu suivent des patients séropositifs », « ils ont peu de chance statistiquement d'y être confronté, à part quelques médecins militants, certains médecins de réseaux par exemple »* (un médecin de prévention). L'accueil hospitalier du point de vue des patients qui y sont confrontés semble diversement apprécié, selon la catégorie de population dans laquelle on se situe (ce point sera revu ultérieurement), selon l'effort consenti par l'établissement lui-même, et selon les « filières » tissées au fil du temps. Les appréciations des associations de malades sont évidemment instructives, même si, comme c'est la règle, elles recueillent plutôt les histoires malheureuses, là où le système a défailli.

Pourtant, le premier contact est primordial pour un patient qui désire recourir au TPE, puisqu'il permet ou non la confiance... Pour une question qui renvoie nécessairement à sa pratique sexuelle, toute attitude tant soit peu stigmatisante ou moralisatrice de l'interlocuteur est perçue comme « rejetante » et risque d'être contreproductive... *« Mr J. a appelé l'hôpital X sur nos conseils pour avoir de plus amples renseignements... La secrétaire l'a carrément envoyé sur les roses... en lui disant que personne ne sera disponible aux urgences pour lui et qu'il revienne demain... Il est scandalisé de cet accueil ! »* (écoutant SIS) *« Quand on me demande où aller, je ne cite jamais l'hôpital X... il y a des endroits où on essaye d'éviter d'orienter, par exemple XX... là, c'est n'importe quoi n'importe comment ! »* ou au contraire *« j'envoie tous les patients à tel ou tel hôpital, je sais qu'ils seront bien reçus »* (médecin SIS). *« Pour l'hôpital Y (parisien), on a parfois des retours épouvantables... C'est-à-dire... si les gens passent par le CDAG, la prise en charge est correcte, même exemplaire... mais sur les urgences, ça va du merveilleux à l'inadmissible, du genre... le type se fait jeter parce que... ben... vous n'aviez qu'à mettre une capote, hein ! »* (Médecin SIS). D'autres témoignages arrivent par e-mail. Par exemple, Act-up a signalé à la DRASS en mai 2006 le cas d'un patient se présentant spontanément de nuit aux urgences d'un hôpital « Y » à la périphérie de Paris. Le service des urgences de cet hôpital n'a pas assuré sa prise en charge. Le patient, qui habite en province et connaît mal l'Île de France, est invité à consulter dans un centre parisien, qu'il rejoint finalement en moto grâce à un « radio-guidage » de l'association... Il sera satisfait de sa prise en charge, mais au prix d'une perte de temps qui aurait pu être évitée.

Par ailleurs, y compris dans un hôpital dont le service des urgences est habitué à prendre en charge ce type d'exposition, la notion d'urgence n'est manifestement pas perçue par la personne soignante de la même manière quand il s'agit d'un AES et quand il s'agit d'un accident d'exposition sexuel. *« Quand le type débarque avec son angoisse en racontant qu'il a explosé sa capote, on a tendance à faire passer d'abord le hurlant et le saignant sur le brancard d'à côté... Quand quelqu'un débarque dans le*

coma, ou avec je sais pas moi, une plaie du cœur, c'est une urgence. Si je vois quelqu'un qui vient qui a eu un rapport sexuel ...il avait qu'à mettre un préservatif, ou même s'il a explosé, est-ce qu'il en a mis un vraiment ?..en tout cas c'est perçu comme une conséquence d'une activité ludique, si en plus je me dis que la personne a pas fait ce qu'il faut...on a envie inconsciemment de faire mariner les gens...c'est un peu comme la piqûre de Pénicilline pour la syphilis autrefois !» (un médecin des urgences). D'autre part, le retard pris dans l'administration d'un TPE est souvent le fait d'une cascade d'évènements qui s'accumulent. « J'ai l'ami d'un patient, dans un couple homo...ils ont eu un rapport, et le préservatif a pété...y en a un qui est séropositif, en plus il est pas traité...il a 23 000 copies, mais ça... bon l'autre savait qu'il y avait un risque, donc dès qu'ils ont eu terminé, hop il s'est habillé, direction les urgences. Il est arrivé 1 heure et des poussières après l'accident...et ben il a attendu 4 heures aux urgences. Il a attendu 4 heures parce que le médecin qu'était...enfin un des deux médecins qui était là et qu'était censé être en charge a été prévenu au bout de 2 heures par l'infirmière d'orientation, donc il nous restait plus en gros que ½ heure ¾ d'heures de délai...et puis, derrière, le médecin s'est posé la question...a pas eu accès au protocole tout de suite, parce qu'elle le connaissait pas bien...d'ailleurs elle savait même pas qu'il y avait un protocole...quand elle a appris qu'il y en avait un, ben il devait rester 10 mn pour être dans les 4 heures et quand elle a eu le protocole elle s'est aperçu que... il fallait déjà interroger le patient, essayer de recueillir des données sur la source, ça on pouvait...et puis faire un bilan ..et.. et que il fallait donner le traitement...Alors, ce que j'avais essayé d'expliquer déjà 100 000 fois, c'est que vous commencez par donner le traitement, et puis après vous avez le temps...mais non, le problème c'est qu'on est toujours dans une démarche où le docteur donne les médicaments quand il a fait le diagnostic...-rires- Ce qui là est pas adapté du tout..., ce qui fait que le patient il a eu son traitement au bout de...quasiment 5 heures. Alors bon, c'est pas dramatique, mais...c'était pas embouteillé les urgences ce jour là, seulement il y aurait eu 8 heures d'attente, c'était pareil» (un médecin responsable du service des urgences).

« Un patient qui vient pour ce genre de problèmes, à part si c'est un viol, là... les gendarmes font le forcing, sinon, il a pas tellement envie de se faire remarquer, il a plutôt tendance à vouloir parler au médecin, alors si le personnel de l'accueil n'est pas réceptif, il peut lui arriver d'attendre pas mal » (un médecin des urgences). D'autres services d'urgences habitués au TPE ont conçu un système qui évite une attente « conventionnelle » (celle-ci peut être de plusieurs heures certains jours). « Ici, nous faisons en sorte qu'aucun accident d'exposition sexuel ne soit vu au-delà d'une heure » (médecin des urgences, Paris).

On constate donc que sont encore bien présents des freins à l'accueil, qu'ils soient structurels, d'ordre psychologique, ou organisationnel.

Evaluation par le médecin

Les protocoles d'évaluation du risque sont en principe connus, écrits, disponibles, accessibles pour les médecins de garde, soit sur document papier, soit sur consultation électronique. Dans les hôpitaux, à Paris notamment, seuls les médecins "senior" prennent en charge les accidents d'exposition au VIH, ce qui garantit une certaine expérience dans l'évaluation des risques et réduit probablement certaines surprescriptions « sur 700 Resi vus aux urgences, seuls 200 ressortent finalement avec une prescription de TPE » (un grand Hôpital parisien). Il existe un système de formation prévu pour les nouvelles équipes, en règle chaque 6 mois. Cependant, certaines « histoires vécues » témoignent que l'information et la formation des médecins aux urgences peut encore être améliorée en ce qui concerne la décision de traiter ou pas. « Le protocole est accessible sur l'ordinateur du service, mais le médecin de garde n'a pas réussi à le trouver le jour où il en avait besoin » (un médecin des urgences). D'autre part, même si les critères évaluatifs sont connus, il semble difficile de pouvoir éviter une surévaluation du risque à J0. « La circulaire est parfaite, mais c'est pas toujours facile de refuser un traitement quand les gens viennent pour ça » (médecin urgences, 95). « Ici, les accidents d'exposition sexuels sont mis sous TPE à 99% » (un autre médecin des

urgences, 78), ou encore « *la circulaire est trop technique, c'est jamais aussi carré dans la réalité* » (autre médecin 95).

Prise en charge médicale

Les protocoles de dépistage et suivi sont connus et appliqués, notamment la demande de sérologie par test rapide chez la source lorsque cela est possible, la vérification des vaccinations, notamment pour le VHB, et la prescription de la pilule du lendemain en cas de risque de grossesse non désirée associé au risque VIH chez la femme. A l'inverse, les autres IST, notamment la syphilis, sont rarement recherchées systématiquement, ou prévenues. « *il est inadmissible qu'on ne s'occupe que du VIH. Il y a bien plus de risque avec le VHB à mon avis, or je n'ai jamais vu faire de gamma-globulines après un rapport à risque, quand c'est une origine géographique à forte prévalence par exemple* » (un médecin de CDAG). « *pour la syphilis, la sérologie n'est pas faite systématiquement, et même les chlamydiæes devraient être recherchées...Je ne le faisais pas avant, j'en voyais pas l'intérêt, jusqu'à ce que je me mette à en faire systématiquement...et à en découvrir assez fréquemment, garçons et filles d'ailleurs ...* » (un médecin du 95).

Traitements

Les TPE sont disponibles dans les services (sous forme de kits prévus pour 2 à 5 jours de traitement), ce qui permet, quand l'indication est posée, de débiter le traitement sans attendre. Les traitements délivrés comportent en général l'association Combivir-Kaletra® ou Combivir-Viracept® (CV). Dans certains hôpitaux, l'association Combivir-Kaletra® (CK) est seule proposée en première intention (Hôtel-Dieu, Gonesse). Les entretiens n'ont pas mis en évidence de difficulté à ce niveau, soit dans l'approvisionnement, soit dans la disponibilité de ces kits. D'autres combinaisons thérapeutiques sont éventuellement proposées, mieux adaptées lorsque la personne source est connue et elle-même traitée. Ce sont les médecins référent-VIH de l'établissement qui sont alors en charge de l'indication et du suivi. Cette éventualité reste peu fréquente.

Il faut rappeler que ce traitement est délivré gratuitement, et qu'il revient approximativement à 1000 euros, qu'il s'agisse de CV ou CK.

Médecins référents

Des référents sont accessibles au téléphone (astreinte) 24 h sur 24 dans le meilleur des cas, parfois seulement le lendemain. Dans ce cas, le médecin de garde prescrit le TPE standard et renvoie ultérieurement sur ce médecin référent. Dans les cas difficiles, et notamment pour certains établissements du département 95, les référents peuvent être des correspondants parisiens (CISIH) qui sont consultés au cas par cas. « *Mes urgentistes ont le numéro de téléphone de Bichat, parce que là, vous avez quelqu'un qui est joignable 24h/24, et en cas de besoin, si jamais ils ont un problème hors norme, ils peuvent appeler...mais je crois qu'ils ne s'en sont jamais servi, ou très rarement* » (un médecin du 95).

Prévention

Il semble que peu d'efforts soient traditionnellement consacrés à la prévention aux urgences, notamment prévention des comportements à risque.

Cela tient à au moins deux raisons. Le défaut de temps pour aborder cette question d'une part, une fois réalisés l'entretien, les tests sérologiques et l'évaluation du risque, voire la mise sous traitement avec les explications nécessaires à son démarrage et son suivi...

D'autre part, les circonstances particulières de la prise en charge aux urgences seraient peu propices à l'abord de questions préventives. La demande anxieuse du patient venu pour résoudre un problème « ponctuel » laisse peu d'espace pour l'anticipation et le questionnement sans préjugé sur ses comportements sexuels. Ce temps de réflexion sur ses prises de risque est généralement laissé à la seconde consultation, temps de la réévaluation et du retour sur l'accident. Pourtant, et notamment chez ceux qui n'auront pas d'indication à prendre le TPE (en cas de délai > 48h par ex.), de même que chez

ceux qui accumulent les comportements à risque, la possibilité de ce conseil (« counselling ») sur place devrait pouvoir être renforcé in situ, l'orientation vers un psychologue n'étant pas obligatoirement suivie d'effets. « *Une fois le premier mouvement de panique passé, les gens ne se présentent pas à la consultation conseil qu'on leur propose, c'est trop tard, trop compliqué etc... De plus en plus de problèmes devront être résolus ou abordés aux urgences, c'est l'évolution obligée...de plus en plus de laissés pour compte ne trouvent refuge qu'à l'hôpital, dans un service ouvert 24h/24, et ce sont les urgences...* » (Médecin responsable service urgences).

Suivi

Une fois le kit de trithérapie donné pour quelques jours, le patient est ensuite convoqué, pour le premier jour ouvrable qui suit, dans le service référent de l'hôpital, pour la poursuite de la prise en charge. Il s'agit en principe de la consultation d'un confrère hospitalier (infectiologue, gastro-entérologue, dermatologue..) compétent dans la prise en charge du VIH, qui poursuit ou non le TPE, et prend en charge le suivi ultérieur. Les attitudes diffèrent concernant la poursuite ou non du TPE lors de la réévaluation à quelques jours, sachant que celle-ci prendra en compte l'histoire de l'accident initial, parfois plus détaillée qu'aux urgences, mais aussi les éventuels effets indésirables du TPE. « *On est souvent coincé...il est quasiment impossible d'arrêter un traitement commencé aux urgences* » (un médecin 95). « *On arrête plus de 50% des TPE commencés aux urgences* » (autre médecin 95) L'interprétation de ces divergences tient probablement au fait que les médecins ne parlent pas tous des mêmes expositions (sexuelles ou autres).

En général, les consultations de suivi sont prescrites à 15 jours, 1 mois, puis à 2 et 5-6^{ème} mois. Un certain nombre de services ont mis en place des systèmes d'information qui doivent leur permettre de mieux connaître le pourcentage des traitements menés à bien, de même que les suivis sérologiques. Les équipes rencontrées ne disposaient pas encore de résultats accessibles. On peut raisonnablement penser que les taux de suivi et fins de traitements ont peu de chance de dépasser ceux du CS de Bichat, qui dispose d'une certaine expérience dans le domaine, et pour lesquels un suivi à 6 mois reste l'exception...

A l'Hôtel-Dieu, un dispositif spécifique semble particulièrement favorable à l'amélioration du suivi des patients mis sous TPE. Ce sont les médecins seniors du service des urgences qui poursuivent eux-mêmes la prise en charge initiale. Cela, associé à des mesures de conseil-prévention, permet une bien meilleure compliance au traitement. « *Ce système, que j'ai institué il y a quelques années, a permis de faire passer le taux de TPE correctement suivi de 5 à plus de 80% pour ma cohorte du Marais* » (Chef de service Paris). L'explication qui en est donnée tient à plusieurs facteurs. Le fait que plus on multiplie les contraintes dans le cadre du suivi pour TPE, plus le risque de rupture et d'abandon est grand (l'attente au téléphone pour la prise ou confirmation du rendez-vous, la nécessité de raconter son histoire à une personne différente, etc). D'autre part, le médecin des urgences, formé à la prise en charge intégrale du patient exposé dans ce contexte, éventuellement aidé par un référent et une personne ressource en psychologie, assure un « coaching » téléphonique régulier durant cette prise en charge, le patient disposant également d'un n° vert où il peut joindre « son » médecin 24h/24. « *J'ai été reçu par une interne la dernière fois... C'est qui, celle-là ! Elle m'a fait la morale comme à un enfant, j'ai failli partir...Ne me refaites jamais ça !!* » (un patient de 40 ans sous TPE après relation extra-conjugale. La jeune interne dont le patient se plaint remplaçait exceptionnellement le médecin senior, et ...se mariait quelques jours plus tard).

Ce point sur une organisation optimisée dans la prise en charge sera revu, notamment à propos des violences sexuelles.

Type d'expositions

Les tendances constatées par l'étude quantitative de Bichat semblent confirmées par les entretiens.

Expositions sexuelles

Les professionnels des urgences confirment tous une augmentation de la demande de TPE après prise de risque sexuelle « *c'est le phénomène Internet* » (médecin SIS). « *On est frappé d'avoir une augmentation régulière des AES sexuels* » (« AES » est ici à prendre au sens de «RESI»-chef de service urgences Paris). De fait, à la fois le relâchement des comportements de prévention constaté dans certaines populations et la diffusion par Internet d'informations sur le TPE, là aussi sur certains sites ciblés, pourrait l'expliquer. Par ailleurs, la raison alléguée pour expliquer le risque couru est très souvent une rupture de préservatif, qui peut, on le sait, cacher une prise de risque fortuite. Dans certains cas, il peut s'agir d'un couple qui se protège habituellement, et dont l'un des partenaires va révéler sa séropositivité à l'occasion de la prise de risque (rupture du préservatif ou autre).

Enfin, l'indication de mise sous TPE en cas d'exposition sexuelle est, de l'avis général, plus fréquent qu'en cas d'exposition autre, probablement parce que le public vu aux urgences à cette occasion a un taux de comportements sexuels à risque plus élevé, et que la source est plus rarement « disponible », en dehors bien sûr, des couples séro-différents constitués. « *On continue d'être très volontariste pour le TPE après exposition sexuelle* » (chef de service urgences Paris). « *Ici, les accidents d'exposition sexuelle repartent tous avec un TPE, à 99%* » (médecin urgences 78).

Si le recours au TPE semble augmenter pour les expositions sexuelles, aucun médecin ne retient l'hypothèse d'une banalisation du dispositif, qui deviendrait une sorte de « pilule du lendemain » du risque de transmission du VIH. « *Cà existe peut-être...* », « *on ne peut pas l'exclure, mais c'est marginal* ». « *On essaie de ne pas faire passer le message de la pilule du lendemain* ». En dehors des couples séro-différents, qui ont des risques accrus de recourir de façon itérative au TPE, ces recours multiples au TPE semblent le fait d'une catégorie de personnes qui cultivent les risques (multipartenariat, recherches de partenaires sur Internet, bare-back, back-rooms) et peut être une certaine instabilité, ce dont témoigne souvent leur non complianse secondaire au traitement et/ou aux messages de prévention « *il y en a qui sous trithérapie nous reviennent avec un deuxième AES dans les 4 jours!* » (ici AES est à prendre au sens d'accident d'exposition sexuelle/ même médecin, Paris). Ils seraient de ce point de vue « *la partie émergée de l'iceberg, les plus anxieux parmi ceux qui prennent délibérément des risques, ceux qui jouent à la roulette russe, ceux qui affirment qu'au contraire, ça les intéresse de faire l'amour sans préservatif...* » (responsable Aides). Certains médecins seront spécialement réticents chez eux à entreprendre un TPE, évidemment inopérant sur des risques antérieurs multiples (cela reviendrait à proposer un TPE au-delà de 72 heures).

Expositions professionnelles

En dehors des AES chez les personnels de santé (dont il n'est pas traité ici), il existe une forte demande de la part des fonctionnaires de police. Cette demande est retrouvée dans presque tous les établissements investigués, comme dans le travail de recueil fait à Bichat. Le risque, dans ce cas, est souvent considéré comme minime après évaluation. « *Les policiers quand on en voit, c'est essentiellement parce qu'ils se sont piqués sur une seringue d'un toxicomane qu'ils sont en train de palper...à la limite c'est pas très dangereux, parce que les toxicomanes maintenant sont plus infectés.. ou alors, ils se sont fait cracher sur la main..* » (médecin des urgences). Cette affirmation n'engage que son auteur...Si le risque concernant les usagers de drogue est moins grand pour le VIH qu'à une époque, il demeure néanmoins, notamment pour le VHC (ce point sera revu).

Bon nombre d'entre eux viennent après une interpellation musclée, qui a occasionné les saignements de la personne interpellée. Il peut aussi s'agir de projections de salive ou de sang, de morsures ou de plaies, excoriations, etc... Cependant, même si le risque est minime, il est souvent difficile au médecin de refuser un TPE lorsque la sérologie de la source ne peut être connue, et notamment en cas de forte angoisse chez le patient. Peu sont au final mis sous TPE, mais le travail fait à Bichat n'a pas permis de savoir

quel était le taux de ces patients qui allaient au bout de la démarche de traitement et de suivi.

Cette fréquence relative de la demande chez les fonctionnaires de police est confirmée dans tous les établissements, sauf un. Dans ce dernier, le médecin interrogé parle plutôt de tendances, observées durant certaines périodes, et pour certaines catégories professionnelles. « *On a eu une épidémie en provenance de Roissy à un moment...des agents des douanes...je sais pas d'où ça partait, c'est fini maintenant...Il y a autre chose en ce moment qui est catastrophique...J'en ai quasiment 2 par mois, ce sont des agents d'entretien des avions à Roissy qui se piquent sur des seringues dans les toilettes...ou alors vous savez, dans les pochettes des avions, derrière le dossier du siège. En vidant la pochette, qu'il aient des gants ou pas d'ailleurs ça ne change rien...ils vont mettre les mains dans la pochette à l'aveugle, et ils se piquent. Alors c'est très souvent des seringues à insuline, c'est la panique...mais le problème c'est qu'on a aucun moyen de savoir, alors même s'ils arrivent souvent avec du retard, en général on traite*».

Victimes d'agressions sexuelles

Ce point est détaillé plus loin (4.1.3). Le nombre de personnes victimes de violences sexuelles vues dans les services d'urgences disposant d'une UMJ varie de deux à trois par mois à une par jour à l'Hôtel Dieu. Il s'agit majoritairement de jeunes filles de 15 à 18 ans. Ce n'est donc pas un problème marginal.

Toxicomanie intraveineuse

A l'inverse, le recours au TPE semble être rarissime pour des prises de risque liées à la toxicomanie par injection (échange de seringues). Aucun médecin interrogé ne se souvient avoir eu à traiter un tel cas les 12 derniers mois. « *Je n'ai pas vu de demande de TPE pour ce type d'exposition en 2 ans* » (médecin Bichat). « *Ils n'ont aucune raison de venir, ils ne font plus partie des groupes à risque !* » (médecin urgences). Là encore, la formule est lapidaire, et les raisons de l'absence du recours au TPE dans cette population sont probablement multiples (méconnaissance, négligence, etc...). Fin 1998, une enquête montrait que la cause principale était bien la méconnaissance du dispositif⁴⁹.

Expositions autres

A part quelques rares cas documentés de piqûres accidentelles avec des seringues abandonnées, notamment chez les enfants, et lorsqu'une cause professionnelle est exclue, la plupart de ceux qui viennent aux urgences pour une demande de TPE liée à ce type d'exposition sont, de l'avis même des médecins, des personnes ayant pris un risque sexuel.

Ces personnes se présentent en général en alléguant une histoire de piqûre inopinée, souvent stéréotypée (métro, magasin, etc.) avec effraction cutanée minime ou insignifiante, voire inexistante. Elles ont en fait pris un risque sexuel qu'elles désirent occulter. Cela souligne à la fois l'importance de la formation et de l'expérience des médecins, celle du respect de la confidentialité, y compris aux urgences, et l'importance du temps d'écoute nécessaire à l'éclosion de la confiance, elle-même indispensable pour les confidences...

⁴⁹ Rapport d'enquête Sénat 2003

4.2. Difficultés spécifiques de prise en charge

4.2.1 Agressions sexuelles

Préambule : spécificité de la prise en charge

Dans cette circonstance spécifique, plus encore que pour les prises de risque sexuelles consenties, la parole recueillie auprès des professionnels tend à confirmer que l'initiation du TPE est pratiquée largement. De fait, le viol est considéré comme à haut risque de contamination virale en raison de lésions muqueuses fréquentes.

La circulaire 2003 (paragraphe 2.2.4) précise: « L'agression sexuelle a été jugée comme une situation délicate dont la prise en charge est particulière. Il a été considéré que, compte tenu de la nature possiblement traumatique du rapport et la notion d'une appartenance de l'agresseur à un groupe de prévalence de l'infection à VIH potentiellement élevée (5 % environ selon les données recueillies auprès de différents services d'urgences médico-judiciaires), cette situation devrait conduire à une décision thérapeutique, sauf si le statut sérologique de l'agresseur est négatif, et à une prise en charge psychologique ».

Ainsi, même si la phrase est au conditionnel, peu de champ est laissé au médecin pour la non-indication du TPE, lorsqu'il y a notion d'effraction sexuelle, et que les délais sont respectés (<48 h). En effet, le statut de la « source » est ici rarement connu d'emblée (il est rare que le suspect soit interpellé dans les 48 heures). La visite du médecin est souvent tardive dans la période de garde à vue. Le prévenu peut s'opposer au dépistage, sans qu'il soit possible de pratiquer l'acte médical de force. De plus, il existe une fenêtre de séroconversion de 12 jours, période pendant laquelle les anticorps ne sont pas encore détectables dans le sang si la contamination est très récente. Ainsi, un résultat négatif du test ne garantit pas l'absence d'infection chez la personne suspectée de viol. Aucun médecin ne peut prendre la responsabilité dans ces conditions de ne pas prescrire le TPE, ou de le stopper. Or le TPE est ici un traitement d'autant plus lourd qu'aux effets indésirables fréquents et aux contraintes de prise de la trithérapie, s'ajoute le traumatisme de l'agression subie. Cela requiert rigueur et régularité de la part de la victime à une période de sa vie où elle est déstabilisée. Visant à prévenir une infection grave, ce qui devrait être un élément rassurant, ce traitement peut paradoxalement être vécu comme inquiétant, en ce qu'il ravive à chaque prise le risque de contamination et le souvenir de l'agression. Les abandons semblent fréquents, surtout les premiers jours du traitement.

L'accueil en urgence des victimes est assuré dans tous les établissements de santé dotés soit d'un service d'accueil d'urgence, soit d'un service de gynécologie – obstétrique, pour les violences sexuelles accomplies sur des personnes de sexe féminin, soit d'un service de pédiatrie pour les différents types de maltraitances à enfant. Cependant, si la victime a ou veut porter plainte, elle doit impérativement suivre un circuit dans lequel le soin arrive en 3^e position, en dehors bien sûr d'une urgence vitale ou d'une nécessité thérapeutique immédiate (dépôt de la plainte, examen médico-légal sur réquisition du parquet, puis prise en charge médicale et psychologique).

L'accueil des victimes répond à trois finalités, les soins nécessités par son état, la réalisation des actes médicaux, examens et prélèvements nécessaires à la constitution du dossier médico-légal, et la prise en charge médico-psychologique de la victime et de son entourage.

Cet accueil doit être possible 24 heures sur 24 quelque soit l'âge de la victime et se faire en liaison avec le service de médecine légale lorsqu'il existe au sein de l'établissement. À défaut il pourra être fait appel au pôle de référence régional. L'articulation entre les pôles médical et médico-légal a été prévue par un certain nombre de circulaires qui ont vu le

jour depuis plusieurs années pour répondre à une politique volontariste en faveur des victimes. Ainsi, une circulaire de 1997⁵⁰ relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles prévoit notamment la mise en place de ces pôles de références régionaux. Une circulaire l'année suivante⁵¹ prévoit la création de consultations médico-judiciaires d'urgence, et la circulaire du 22 octobre 2001⁵² précise les modalités de prise en charge hospitalière.

Un certain nombre de difficultés demeurent cependant dans la bonne articulation préconisée entre services judiciaires, fonctionnaires de police et services médicaux, dépendants de tutelles différentes.

D'une part, comme le souligne cette dernière circulaire, *« Ces soins ne doivent pas compromettre les éléments médico-légaux »* et *« Il est important de coordonner étroitement les trois fonctions médicale, psychologique et judiciaire, mais celles-ci doivent rester séparées de façon à mieux identifier les modes de financement : assurance maladie pour les soins et le soutien psychologique ; frais de justice pour le constat et les suites médico-judiciaires »*.

D'autre part, un certain nombre de dysfonctionnements sont pointés du doigt depuis plusieurs années dans la mise en pratique des dispositifs recommandés. Un travail récent de la Mission Interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale⁵³ le souligne : *« mal articulées entre elles, ces circulaires ont en outre été peu suivies »*. Ce rapport met également l'accent sur les grandes disparités de pratiques de prise en charge des victimes et des agresseurs, de délais de ces prises en charge (15mn à plusieurs heures), et de conventions et financements des structures elles-mêmes.

Résultats

Les agressions sexuelles ne sont pas rares. Leur fréquence varie de une par jour dans un service d'urgences du centre de Paris, à 2 à 3 par mois dans un hôpital de la périphérie (1 CH 78, 1CH 95). La disparité de fonctionnement signalée en préambule a été retrouvée lors des quelques entretiens réalisés. La difficulté particulière tient ici au fait que la victime va devoir évoluer parallèlement sur des circuits aux finalités distinctes, où elle sera tenue de rencontrer un certain nombre d'acteurs, officier de police judiciaire (OPJ), juge, avocat, médecin de l'unité médico-judiciaire (UMJ), médecin des urgences, psychologue etc... qui n'ont pas nécessairement les mêmes objectifs et les mêmes moyens d'un hôpital ou d'un service à l'autre. D'autre part, hors nécessité, la procédure judiciaire semble prioritaire au regard des procédures médicale et médico-psychologiques.

La première vise à recueillir au plus près les éléments de preuve contre l'auteur présumé de la violence sexuelle. Il s'agit notamment d'un examen clinique complet, de prélèvements spécifiques (orifices naturels, cheveux, ongles, prise de sang, recueil d'éléments de preuve, etc...), et de photographies le cas échéant, selon un protocole très exigeant (conservation, mise sous scellés, etc).

La seconde vise à corriger, soigner, ou aider à la reconstruction de la victime.

Les professionnels concernés n'obéissent donc pas aux mêmes logiques, ce qui constitue probablement la principale source de difficultés. Ainsi, le médecin de l'UMJ a pour mission le constat médico-légal quand le médecin des urgences ou du service spécialisé (gynécologie, pédiatrie, etc...) a une mission de soins. Mis à part les cas finalement assez rares où une urgence vitale nécessiterait une prise en charge prioritaire, c'est vers le médecin de l'UMJ que l'OPJ va d'abord diriger la victime, de manière à recueillir le maximum de preuves à charge contre le violeur. Certaines UMJ ont semble-t-il résolu le problème en intégrant les missions au sein de la même structure, mais ce n'ai pas le cas partout.

⁵⁰ Circulaire DGS/DH n° 97-380 du 27 mai 1997

⁵¹ circulaire DH-AF 1 n° 98-137 du 27 février 1998

⁵² Circulaire DHOS/E 1 n° 2001-503 du 22 octobre 2001

⁵³ Mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale-Rapports publics 02/05/2006

Pour simplifier la compréhension de cette prise en charge et des écueils qui l'émaillent, j'ai choisi de décrire, à partir des témoignages recueillis, deux exemples de parcours d'une victime standard (la plus fréquemment rencontrée), le premier dans lequel tous les contextes sont favorables, et l'exemple plus « défavorable », dans lequel j'ai tenté de montrer les différents facteurs qui perturbent ou prolongent le délai de prise en charge. Dans les deux cas, la victime est une jeune fille de 15-20 ans, victime d'une agression sexuelle avec effraction (viol) en plein jour.

Premier exemple : le parcours favorable

Une jeune fille est agressée (viol avec pénétration) à 18h près d'un centre hospitalier disposant d'une UMJ, vers laquelle elle est conduite immédiatement par l'OPJ après avoir porté plainte au commissariat le plus proche. Elle est prise en charge sans délai par le médecin de l'UMJ. En même temps qu'il fait les premières constatations, lesquelles ne nécessitent pas de prise en charge chirurgicale, le médecin se met en contact avec le référent psychologue spécialisé dans la prise en charge des victimes. Après évaluation rapide, et accord de la patiente, il lui donne une première prise du TPE, 3 heures après l'agression, et lui remet le kit de traitement pour 3 jours. Le médecin légiste peut alors poursuivre ses investigations médico-légales, et prescrire la pilule du lendemain. Il a opéré un premier contrôle sérologique (sérologies VIH, VHB, VHC, chlamydiae, syphilis), pratiqué la vaccination ou les gamma-globulines pour le VHB, et éventuellement prescrit, selon le cas, un traitement antibiotique. Il explique le principe du TPE à la victime, la nécessité de poursuivre 4 semaines le traitement, et remet à l'OPJ un document précisant que « *dans l'intérêt médical de la personne, un test sérologique de l'agresseur doit être pratiqué le plus rapidement possible à l'UMJ, si ce dernier est arrêté* ». Il prévoit de revoir la victime à J2, J15 et J30 puis j120 avec de nouvelles sérologies. Lorsque la jeune fille se présente à son RV, trois jours plus tard, elle est déjà au courant que son agresseur a été retrouvé, qu'il a accepté de bonne grâce de se prêter aux tests de dépistage VIH, VHC, VHB, tests effectués sur réquisition du parquet, et que le résultat est connu de son médecin de l'UMJ. Celui-ci confirme à la jeune fille que son agresseur est séro-négatif, la rassure, lui explique quel suivi est souhaitable, notamment psychologique, et, bien sûr arrête le TPE.

Au total, le délai de prise en charge a été court (moins de 4 heures), la multiplication des auditions, facteur de réactivation du traumatisme, a été évitée, et le médecin de l'UMJ a pu assurer ses missions conjointement. Si le violeur n'est pas retrouvé, la variante « idéale » de cette observation serait une prise du TPE intégrale sur 4 semaines, sans effets indésirables majeurs, et avec un suivi ultérieur à 3 et 6 mois avec le même médecin référent, en poursuivant un soutien psychologique actif.

Certaines équipes s'approchent de cette prise en charge « idéale », notamment lorsque la victime réagit dans les délais et que la communication établie entre fonctionnaires de police, médecins de l'UMJ et/ou médecin des urgences fonctionne bien. D'autres équipes ont su se doter d'une UMJ aux moyens suffisants qui autorisent un accueil de type « guichet unique », où le médecin légiste assure également le soin (UMJ 75, 93 par ex.).

Deuxième exemple : le parcours moins favorable

La même jeune fille est agressée à 18h près de chez elle, en sortant du lycée ou de son travail dans la banlieue de S... Elle rentre à la maison, traumatisée, désespérée, et n'en parle, difficilement, à son ou ses parents que le soir à 20h. Se déclenche alors l'appel à la police, la victime se rend au commissariat accompagnée de ses proches, et la première déposition a lieu, avec dépôt de plainte. « *Vous vous êtes faite violer, où, quand, comment, vous connaissez votre agresseur ? Il était grand, petit, etc..* » le délai s'allonge. La police se trouve alors confrontée à une première difficulté, trouver une UMJ disponible. A la ville de S..., l'UMJ n'est ouverte qu'aux heures ouvrables. Ce soir là, il est maintenant 23 heures, l'UMJ de S...est fermée. Il faut donc s'adresser au centre de référence, à la ville de P..., distante de plusieurs kilomètres. Là, la victime est examinée par le médecin de l'UMJ, qui effectue les constatations médico-légales, les prélèvements nécessaires, etc., et prescrit éventuellement la pilule du lendemain. Puis le médecin envoie la victime

aux urgences de l'hôpital de P... Mais quel service d'urgences? Si un traumatisme génital existe, le médecin, et c'est logique, envoie la victime au service des urgences gynécologie, lequel ne dispose pas de kit de TPE...et qui, parfois, oublie simplement de ré adresser la victime au confrère des urgences générales, ou le fait pour le lendemain. Dans le meilleur des cas, la jeune fille ne pourra disposer du TPE qu'à la 12^è heure environ, et en tout cas exceptionnellement avant les 4 premières heures. Elle aura du en outre répéter son histoire douloureuse à quelques 5 ou 6 reprises dans la même soirée... Le TPE est finalement fourni, et la victime renvoyée à l'Hôpital de G..., près de son domicile, où elle doit consulter le lendemain le Dr X, référent « Sida », à qui elle devra confier une xième fois son histoire..., tandis que le Dr X, pas nécessairement prévenu d'ailleurs, lui fera de nouveaux prélèvements sanguins (car il n'a pas accès aux prélèvements faits à l'UMJ).

Ces deux exemples témoignent de la disparité de prise en charge d'une agression sexuelle en région Ile de France.

Le suivi des victimes violées est de l'avis de certains médecins, bien plus problématique que pour les autres types d'exposition. *«On va les revoir souvent au bout de 15 jours, mais on ne les revoit pas derrière, ou peut-être une fois sur dix»* (médecin référent).

Un médecin des urgences confronté régulièrement à la prise en charge de victimes de viols conclut *« franchement, la prise en charge des viols est une catastrophe... »*.

Dans d'autres structures au contraire, la difficulté à été d'obtenir des détails sur une prise en charge qui, de l'avis des médecins, ne suscitait aucun problème spécifique, hormis une plus grande difficulté dans le suivi, pour les raisons déjà évoquées (Hôtel-Dieu 75, Bondy 93).

Problèmes liés à l'agresseur

Le problème existe aussi en ce qui concerne la connaissance et la communication des résultats de la sérologie de l'agresseur. Lorsque celui-ci est arrêté, certains médecins ont du mal à récupérer cette information pourtant essentielle pour éviter la poursuite d'un TPE illégitime, *«la procédure suit son cours mais on n'a jamais aucun retour, on ne nous tient pas au courant...les procédures judiciaires sont tellement lourdes que ça passe après»*, d'autres communiquent directement avec les autorités de police, qui les avertissent lorsque l'agresseur subit les tests. Dans ce cas, le médecin reconnaît qu'une telle coordination est « personne-dépendante ». Dans les UMJ à « guichet unique », le problème ne se pose évidemment pas, puisque c'est la même équipe qui fera les examens de l'agresseur et de la victime, et sera en possession des résultats.

Par contre, tous s'accordent à dire que la loi Perben n'a que peu changé les données concernant l'acceptation des tests par les violeurs. *«Je ne connais personne qui ait refusé de se tester, même avant cette loi »* (Médecin association). *« Le violeur sait bien, quand on lui explique, que le juge lui en tiendra compte s'il évite à sa victime un traitement lourd et l'angoisse d'une contamination possible»* (médecin urgences).

La loi a peut-être permis un effet dissuasif en cas de refus de l'agresseur, en lui opposant l'aggravation de sa peine. Cependant, de l'avis des personnes rencontrées, l'initiative de ce refus ne serait jamais du fait du violeur, mais de certains avocats. *« Ils donnent au violeur la consigne de ne pas se prêter aux tests de dépistage, en leur expliquant que s'ils acceptent, ça équivaut pour eux à avouer qu'ils sont coupables... »* (médecin responsable des urgences).

Enfin, une autre singularité, souvent évoquée par les professionnels dans ce cadre, concerne la prise en charge du violeur, au titre de sa santé propre, et de la santé publique en général. *«La loi, soucieuse de la victime, n'a imaginé le problème de l'exposition que dans un seul sens !...Tout pour la victime présumée, et rien pour l'auteur présumé... »* (Médecin UMJ)

De fait, s'il est justifié qu'une victime puisse bénéficier de tout l'arsenal préventif connu pour éviter une contamination au VIH ou à d'autres affections, ce d'autant que l'agresseur serait plus fréquemment porteur du VIH que la population générale (circulaire 2003), l'inverse ne peut être oublié. L'agresseur est théoriquement exposé au même risque de

maladie sexuellement transmissible que sa victime : «*même coupable, la loi ne condamne pas à mort, le Sida oui !...* » (médecin UMJ).

Pourtant le TPE, proposé et donné au violeur présumé, («*ça n'est jamais fait, ça paraîtrait trop incongru!* ») pourrait être assez vite stoppé dans la plupart des cas puisque la source est, elle, accessible...

En outre, le VIH n'est pas seul concerné. Les autres IST, et notamment l'hépatite B, devraient faire l'objet de la même attention. Une équipe parisienne fait état d'un taux de prévalence élevé de VHB et VHC parmi les victimes de violences sexuelles. L'interprétation n'en est pas définitive, mais cela souligne l'importance de prendre en compte toute mesure de prévention utile chez la victime...comme chez l'agresseur.

Cas particuliers des mineurs et personnes vulnérables (tutelle...)

Il n'y a pas de difficulté particulière dans le cas où la victime est mineure ou sous tutelle, dès lors que les parents ou le tuteur peuvent accompagner et donner un accord rapide à la prise en charge, notamment pour le TPE. Sauf que, évidemment, le délai entre l'agression et sa mise en récit risque, dans le cas de ces victimes particulièrement vulnérables, de retarder d'autant l'administration du traitement.

Pour les malades psychiatriques, des problèmes se posent particulièrement en cours d'hospitalisation.

En cas de relation consentie, il est souvent difficile au personnel soignant de garder une approche pragmatique. «*Quand on est au courant qu'un patient a eu un rapport sexuel...deux solutions...le personnel soignant connaît la procédure de prise en charge, l'envoi aux urgences de l'hôpital, et ça se passe correctement... ou bien on lui fait la morale...on le sermonne...et on le fait sortir le lendemain!* » (médecin psychiatre). Ici, témoin d'un déficit plus général de prise en charge des patients atteints de troubles « psy » sur les aspects somatiques et l'abord de la sexualité, la réaction du personnel soignant appelle au renforcement de la formation. Un travail est à faire au sein des équipes pour déculpabiliser le personnel soignant, pour lequel la relation sexuelle du patient «*dont on a la charge* » est perçue comme une faillite génératrice d'agressivité ou de ressentiment.

Lorsqu'il s'agit d'un viol, si la victime n'est pas en état de porter plainte au moment des faits présumés (accès délirant par exemple, hospitalisation d'office, à la demande d'un tiers, etc.), la prise en charge médicale est théoriquement possible, notamment la prise du TPE, mais l'aspect médico-légal devient problématique. Le temps que le malade retrouve son statut pour porter plainte, les preuves risquent d'être détruites. Certaines équipes ont tenté de résoudre ce problème, en passant convention avec leur UMJ de secteur, celle-ci ayant par ailleurs formé les médecins psychiatre à l'examen médico-légal minimum. En cas de nécessité, le psychiatre téléphone au médecin de l'UMJ, qui accepte ou non de recevoir le patient en urgence, or procédure. S'il accepte, l'examen médico-légal sera effectué dans les règles de l'art, les prélèvements conservés dans de bonnes conditions, et les données pourront être exploitées ultérieurement. Si le médecin de l'UMJ refuse, le médecin psychiatre effectue les examens selon la procédure médico-légale, en présence d'un tiers, et conserve les prélèvements dans les conditions requises. Dans les 2 cas, la procédure est incomplète, puisque les scellés normalement apposés par l'OPJ sur les échantillons prélevés ne sont pas mis. Il s'agit donc d'un compromis qui permet de récupérer les preuves d'une agression sexuelle à posteriori, en cas de plainte différée, compromis semble-t-il admis par les juristes comme étant «*mieux que rien* » (médecin psychiatre 93).

Au total

Tous les acteurs rencontrés autour de ce thème soulignent la particulière difficulté à concilier l'importance théorique de la prise en charge rapide des victimes d'agression sexuelle, et l'effectivité de la prise du TPE dans de bonnes conditions. Les règles d'indication du TPE sont peu différentes des autres contextes, dans la mesure où le médecin peut rarement compter sur la connaissance a priori du statut sérologique de la « source ». Les retards de prise en charge et difficultés de suivi tiennent à des

composantes structurelles (circuit médico-judiciaire), mais aussi psychologiques. La compliance au traitement semble plus fréquemment mise en défaut, la connaissance des fins de traitement également. Certaines unités sont en capacité de délivrer des soins urgents (pilule du lendemain, TPE) mais ce n'est pas le cas partout en Ile de France. Enfin, la prévention chez l'agresseur est rarement prise en compte.

4.2.2. Milieu pénitentiaire

Préambule

Comme exposé plus haut dans le chapitre « Méthodologie » (3.3), le recueil d'information auprès des détenus eux-mêmes n'a pas été envisagé. Seuls les médecins des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) d'un certain nombre de centres de détention d'Ile de France ont donc été rencontrés dans le cadre de réunions de travail avec la DRASSIF (Fresnes 94, La santé 75, Bois d'Arcy 78, Fleury-Mérogis 91, Mavo d'Osny 95).

TPE et prise de risque en prison

La prise en charge des accidents d'exposition au virus du Sida en milieu carcéral est un sujet qui, au regard des autres sujets ayant trait à la santé des détenus, peut paraître marginal.

Pourtant, la population carcérale, dans le monde mais également en France, est connue pour avoir plus de risque que la population générale d'être porteuse d'une pathologie virale⁵⁴ (VIH, mais aussi VHC et VHB), pour deux raisons principalement : la fréquence des incarcérations en relation avec l'usage ou/et le trafic de stupéfiants⁵⁵, et une certaine intrication avec les populations précaires, marginales ou migrantes⁵⁶. D'autre part, de l'ordre de 1 à 9% des détenus auraient des relations sexuelles en prison, selon les études ou enquêtes, et selon les pays. Des différences doivent également exister en fonction des spécificités du centre de détention considéré, et, à l'intérieur du même centre, selon le quartier considéré. Il est difficile en effet de comparer un centre de détention comme Fleury-Mérogis-91 (4 000 détenus, 1000 surveillants) et une maison d'arrêt, conçue comme « prison pilote » de 500 détenus, à Osny -95.

Cependant, si des séroconversions ont été documentées au cours d'incarcérations en Europe, notamment pour le VHB, l'ampleur du phénomène est difficile à apprécier⁵⁷. Certaines études vont même jusqu'à considérer le risque comme mineur, notamment pour le VHC⁵⁸. Il faut également rappeler qu'après un pic à la fin des années 1980, on assiste, depuis 1990, à une baisse régulière de la séroprévalence de l'infection à VIH en prison, qui de 5,8 % serait passée à environ 1,9 % en 1996. Même si ce qui touche à la sexualité, à la toxicomanie ou à la violence est éminemment « tabou » en prison, on sait que la sexualité diminue en détention pour augmenter entre les incarcérations. Les injections intraveineuses de drogues seraient également plus rares en prison⁵⁹.

Certaines mesures mises en place en France, l'accès à la substitution par la méthadone notamment, et la distribution systématique à l'entrée en maison de détention de « kits » contenant eau de Javel (pudiquement préconisée en 1997 «pour nettoyer les sols ») et préservatifs, ont probablement permis de contrôler une partie des risques majeurs⁶⁰.

⁵⁴ Rotily 1997,

⁵⁵ Messiah-2001

⁵⁶ Ortmans Mémoire ENSP 2005, Gadegbeku 2005, Nassar 2005, Rotily 1994

⁵⁷ Christie 1993, Taylor 1995

⁵⁸ Arrada 2001

⁵⁹ Hausser 1999

⁶⁰ Note DAP n° 2020 du 5 novembre 1997

Par contre, la place exacte d'autres pratiques à risque, comme les tatouages et perçages par exemple, est difficile à estimer, même si elle est probablement minime⁶¹. Il faut rappeler également que l'établissement de santé dont dépend l'UCSA est chargé d'élaborer, en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), la direction de l'établissement pénitentiaire et les autres partenaires, notamment associatifs, un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé des détenus⁶². Quoiqu'il en soit, la place du TPE en cas de risque de contamination au VIH semble minime.

Au cœur de la problématique est la nécessité, en urgence, surtout en maison d'arrêt, de passer par un intermédiaire, en l'occurrence un surveillant, pour accéder au médecin. *« Le détenu va alors devoir plus ou moins raconter ce qui se passe... et donc éventuellement dire qu'il vient d'avoir une relation sexuelle ou d'échanger une seringue, ce qui n'a rien de facile »*. L'accès aux soins en urgence n'est d'ailleurs jamais évident, notamment la nuit. *« Il faut alerter les surveillants, qui vont estimer le degré d'urgence, puis contacter le gradé qui a les clés ainsi que le SAMU ou SOS médecins. Ceux-ci devront ensuite franchir toutes les barrières, ce qui rallonge les délais d'intervention. Mais nombreux sont aussi les détenus qui appellent et ne voient jamais venir personne... »*⁶³.

Un silence lourd règne sur la sexualité en prison, qui peut vite basculer vers la violence. Les médecins rencontrés (souvent des femmes) témoignent de la difficulté à questionner les détenus sur leurs pratiques sexuelles, voire à évoquer simplement la possibilité d'une sexualité. Elles disent ne pas prioriser cet aspect de la santé des détenus, devant les réactions agressives que déclenche par exemple le simple fait de proposer l'usage de préservatifs. *« Cela dit, la sexualité doit bien exister... puisque les préservatifs disparaissent »* (médecin UCSA). La sexualité en prison renvoie immédiatement à la question de l'homosexualité, très mal perçue et associée à des rapports de domination-soumission d'où la violence n'est évidemment pas exclue⁶⁴.

Pour ces raisons, on sait depuis longtemps (recommandations ONU-SIDA 1998) que la mise à disposition de préservatifs et lubrifiant en prison doit être discrète, et le parti pris est en général de le mettre à disposition à proximité de la salle de consultation de l'UCSA. Il arrive cependant que, malgré une disponibilité institutionnelle, l'utilisation de préservatifs demeure quasiment impossible, soit que les détenus n'osent pas en réclamer du fait de l'homophobie ambiante et de la crainte de représailles, soit que les rapports sexuels se déroulent dans un contexte de contrainte inaccessible à la prévention.

Il aurait fallu, pour approfondir cette question, pouvoir rencontrer les équipes de prévention travaillant au contact des détenus, ce qui n'a pas été possible. Cependant, la question reste entière puisque parmi les quelques médecins interrogés sur leur expérience en la matière, un seul fait état de son recours au TPE plusieurs fois par an dans le cadre d'expositions en prison (UCSA Fleury).

Les autres, on peut s'en étonner, n'auraient pas été confrontés au problème, ou de manière très exceptionnelle, y compris lorsque leur présence dans l'établissement date de plusieurs années...

4.2.3. Travailleurs du sexe

Contexte

*« Nous parlons tous de "la" prostitution, comme d'autres parlent de "la" femme. Pourtant, pas plus qu'il existe un seul modèle de femme, il n'existe pas un seul modèle, ni une seule forme de prostitution »*⁶⁵

⁶¹ Dufour 1996

⁶² Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues sept. 2004

⁶³ F. Raynal 2002

⁶⁴ Lilian 1997

⁶⁵ Fourest 2001

Paris regrouperait 50% de la prostitution diffuse sur le territoire français (15 à 18 000 personnes, selon les estimations du ministère de l'intérieur). La répartition des personnes prostituées selon leur nationalité est la suivante : France : 36%, Afrique : 25%, Europe de l'Est et Balkans : 30%, autres 9%. Les 60 à 70% des personnes prostituées étrangères sont en situation irrégulière ou bénéficient de titres de séjour touristique d'une durée de moins de 3 mois (Europe de l'Est). On note la présence notamment à Paris d'une nouvelle prostitution d'origine chinoise⁶⁶. Il n'existe pas de données précises sur la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes qui se prostituent. Par contre, la mobilité et la violence subie par les personnes prostituées sont un frein reconnu aux comportements de prévention. En outre, la prostitution de personnes originaires d'Afrique serait en augmentation

Dans le travail fait à Bichat (4.1.1) on constate que le recours au TPE fait souvent suite, pour ce qui concerne les relations hétérosexuelles, à une prise de risque lors d'une relation avec une prostituée (tableau n°3). Lorsque celle-ci a lieu au cours d'une relation homosexuelle, mention n'est jamais faite d'un partenaire « payé », en tout cas dans les dossiers investigués (or, les travailleurs du sexe masculins existent aussi en France). En d'autres termes, il est à l'évidence plus facile à admettre d'avoir une relation avec une femme qui se prostitue lorsqu'on est un homme... que d'avoir une relation avec un homme ou un transsexuel, « travailleurs du sexe ».

On voit par là que le poids des représentations sociales pèse sur la possibilité qui nous est donnée de déclarer (d'«avouer») ou non tel ou tel comportement. Or il est logique que les mêmes pesanteurs sous-tendent les réactions des soignants vis-à-vis des travailleurs et travailleuses du sexe. C'est ce qui va conditionner pour une large part l'accueil de ces populations aux urgences, et c'est ce que m'ont confirmé les deux personnes que j'ai pu interviewer sur ce thème, toutes deux responsables d'associations de soutien à ces communautés, implantées depuis longtemps à Paris. L'une de ces associations va au devant de la prostitution de rue, notamment dans les départements 77, 78 et 75, l'autre est orientée plus spécifiquement vers l'accompagnement des personnes transgenres.

La connaissance du TPE

Les travailleurs du sexe «encadrés», notamment ceux qu'ont l'habitude de suivre les associations «de rue», connaissent en général bien les moyens préventifs et la possibilité de recours au TPE en cas de nécessité. Elles y ont d'ailleurs recours, même si des chiffres sont difficiles à fournir.

Cependant, les évolutions de la profession (Internet, minitel rose, etc) et de nouvelles contraintes notamment liées à la loi dite « Sarkosy » sur le racolage passif⁶⁷, marginalisent et fragilisent un peu plus celles et ceux qui l'étaient déjà et rendent plus incertaines les connaissances partagées dans la profession, notamment sur les bonnes pratiques de prévention. Depuis cette loi en effet, le racolage passif (fait de se présenter dans la rue pour une prostituée), est devenu un délit passible de deux mois de prison et de 3750 euros d'amende. La loi entraîne en outre un retrait du titre de séjour pour les personnes de nationalité étrangère condamnées pour délit de racolage. « *En punissant le racolage passif, la loi a contribué à repousser les prostituées dans la clandestinité, à les faire travailler plus tardivement, à moins se montrer* »⁶⁸. Elle rend aussi le travail des associations plus difficile, notamment pour accéder à ces communautés.

En outre, à la faveur des difficultés économiques et des évolutions technologiques, se développe une prostitution moins « formelle », pour laquelle le « compagnonnage » des plus anciennes ne fonctionne plus. « *la prostitution autrefois, c'était quelque chose qu'on apprenait, qu'on transmettait ...heu, les nouvelles, admettons, femmes qui arrivaient la prostitution, ce sont les anciennes qui les formaient à la prat...enfin, à...moi je n'aime pas dire métier...à la pratique on va dire, les formaient, les mettaient en garde, comment on*

⁶⁶ Lebas 2005

⁶⁷ Loi ordinaire 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure

⁶⁸ Despres 2005

fait un client, en garde contre les agresseurs, enfin y avait...tout un rituel, des codes...maintenant, avec la précarité, c'est devenu un peu n'importe quoi». Cette transmission orale permettait de diffuser aussi les pratiques de prévention, l'usage du préservatif et les recours au TPE notamment.

Or, même pour « l'outil de travail » (le préservatif), il semble que son utilisation systématique soit de plus en plus entachée d'exceptions. *« Comme il faut qu'elles ramènent l'argent, si un client propose plus cher pour avoir le préservatif, elle va commencer par dire non, mais elle finit par accepter...ou alors, certaines...elles arrivent à la prostitution...elles sont usagères de produits..., si elle savent que le dealer passe le soir, elles vont le faire sans préservatif pour pouvoir se payer la drogue.. ».*

Par contre, la connaissance du TPE demeure correcte, sauf chez les prostituées « occasionnelles ». *« Elles, elles prennent beaucoup de risque...c'est plus difficile, ne serait ce que...certaines ne savent pas mettre le préservatif...ou elles laissent le client faire...alors il y en a qui font semblant de le mettre... et elles, elles connaissent pas le traitement d'urgence ».* De la même façon, le risque de contamination semble plus élevé dans le cadre privé pour les personnes prostituées. *« le préservatif, c'est le boulot, donc on veut se démarquer du travail...et dans ses relations intimes on a confiance en la personne...on met pas de préservatif, mais la personne, elle fait comme les autres...elle va à droite, à gauche »* Ceci est d'ailleurs cohérent avec les données de la littérature⁶⁹.

L'accueil aux urgences

« Les infirmières et les médecins pensent pas tous pareil, il y en a des sympathiques, et il y en a des antipathiques »... Cette phrase d'une des responsables interviewée, qui peut s'appliquer à tous, évoque avec pudeur les réactions que toute personne prostituée venue dans un services d'urgence pour un risque d'exposition a un jour rencontré.

« Quand il y a eu rupture de préservatif, on leur dit de dire qu'ils ont reçu du sperme, ou du sang...sinon ils n'ont rien », ou encore *« il y a une telle discrimination à l'hôpital qu'elles ont la consigne de pas dire qu'elles se prostituent ».* D'autres stratégies ont été mises en œuvre, ce sont notamment des conventions passées entre associations et certains hôpitaux, du centre de Paris, ou en périphérie. L'accueil est du coup plus « normal », et le travail également plus facile. Dans certains hôpitaux, les personnels soignants participent à des sorties nocturnes « de rue » avec les membres de l'association, pour mieux apprendre à se connaître *« du coup, on envoie aux services qu'on connaît, et ça se passe bien ».*

La compliance au TPE

De l'avis des professionnels rencontrés, et dans la mesure où l'accueil initial a été chaleureux, il y aurait une forte compliance au traitement dans ces communautés.

4.3. Information et connaissance du TPE

La diffusion de l'information sur le dispositif de recours au TPE était prévue dans les circulaires de 1998 et 2003, notamment à destination des professionnels en charge des patients et de la prévention, mais également du public. La circulaire de 2003 précise notamment *« en direction du public, l'information doit être véhiculée par les relais professionnels et associatifs et être à disposition dans tous les lieux auxquels s'adresse la population, centres 15, pharmacies, Sida Info Service... »).*

Il a été difficile dans ce travail d'obtenir des professionnels de terrain une appréciation juste des niveaux de connaissance des populations sur le sujet du TPE. Seuls des sondages par tranches de populations auraient permis de mieux estimer l'état de cette connaissance, et les nécessités précises en terme de diffusion d'information. Ils auraient permis de mieux analyser la place respective tenue par la prise du risque elle-même et la connaissance du recours au TPE...lorsqu'on se rend aux urgences.

⁶⁹ Delfraissy rapport 2002, Serre 1998

Par ailleurs, chez certains professionnels, et pour certaines catégories de populations, semble exister une réticence à ce que la diffusion de cette information soit large, probablement par crainte de voir augmenter le nombre d'effets «collatéraux» (médicaux ou autres).

4.3.1 Partenaires de personnes séropositives ou atteintes du sida

Les médecins qui suivent une personne séropositive ou atteinte de sida incluent en principe dans leur message de prévention la possibilité de recourir au TPE en cas d'accident. Pourtant, la proportion de personnes à connaître ce dispositif d'urgence est faible, selon l'Observatoire régional de la santé (ORS) de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), puisque un tiers des patients séropositifs en ignorerait l'existence⁷⁰. Ce chiffre est d'autant plus inquiétant que toutes ces personnes étaient toutes régulièrement suivies par un médecin référent en milieu hospitalier. Tout comme les usagers de drogues par voie veineuse sont très peu à fréquenter le dispositif d'urgence (0,5 %), principalement par méconnaissance du système. On peut supposer que ce problème est très «médecin dépendant», puisque parmi les professionnels rencontrés dans cette étude, tous affirment faire cette information régulièrement. Certains vont jusqu'à préconiser, pour diminuer les délais, une première prise à domicile du traitement, lorsque celui-ci est disponible (cas index traité par exemple).

Par contre, d'autres mécanismes peuvent freiner l'accès rationnel au dispositif, indépendamment de la connaissance de celui-ci. On l'a constaté plus haut dans l'analyse des dossiers médicaux, nombre de personnes séropositives ne signalent leur statut à leur partenaire qu'une fois l'accident arrivé. D'autre part, cela n'exclut jamais la prise de risque consentie, dans une relation amoureuse où le partage va jusqu'à celui du virus...

4.3.2 Hommes ayant des rapports avec les hommes

Les homosexuels représentent 39% des découvertes de séropositivité chez les hommes en 2003-2004, avec une tendance à l'augmentation. Les enquêtes, Presse Gay 2004⁷¹, comme celle de l'ORS⁷² montrent un certain relâchement des conduites préventives dans cette population notamment chez les personnes atteintes⁷³.

Six personnes séropositives sur 10 ont une relation sexuelle stable. Cette situation est plus fréquente chez les hétérosexuels (78%) que chez les homosexuels (64%). L'utilisation systématique du préservatif dans la relation stable paraît difficile pour 48% des répondants, 44% estimant par ailleurs que c'est difficile pour leur partenaire. Un tiers des répondants ont des partenaires occasionnels, ce nombre atteint 70% chez les homo-bisexuels. On observe 24% de non protection dans les rapports avec pénétration avec des partenaires occasionnels. Ainsi, les homosexuels séropositifs déclaraient plus souvent avoir pratiqué au moins une pénétration anale non protégée que les séronégatifs et de manière moins accidentelle. Divers facteurs peuvent l'expliquer: contraintes de la prévention elle-même, baisse de l'estime de soi, attitudes face à la maladie, isolement, stigmatisation, difficultés dans l'annonce aux partenaires.

D'autre part, il faut également rappeler que la pénétration anale (réceptive) est le rapport sexuel le plus à risque, puisque les estimations réalisées chez des homosexuels montrent que le taux de transmission par acte sexuel est compris entre 0,3% et 3%⁷⁴.

Cette population est cependant une de celle qui serait la plus informée de cette possibilité de recours en cas de prise de risque. D'après les professionnels avec qui la question a

⁷⁰ Rey 2004

⁷¹ Enquête Presse Gay 2004

⁷² Enquête KABP 2004

⁷³ Enquête ANRS-Vespa 2004

⁷⁴ De Gruttola et al.1989, Vittinghoff et al. 1998

été abordée, la majorité des homosexuels seraient informés de l'existence du TPE, de l'ordre de 80% (médecins urgences, SIS).

Le travail actif des associations, les relais des médias, notamment Internet, y contribuent certainement.

4.3.3 Travailleurs du sexe

Les professionnels du sexe connaissent en général le recours au TPE en cas de rupture de préservatif, comme ils connaissent, (pour les femmes), la pilule du lendemain. Cependant, il faut là encore distinguer les personnes travaillant dans des conditions « classiques », pour lesquelles un certain degré de culture du risque et de la prévention existe par les pairs (et le bouche à oreille), de celles, de plus en plus nombreuses semble-t-il, qui oeuvrent de façon plus solitaire, plus souterraine, ou plus épisodique, et pour lesquelles les messages de prévention auront plus de mal à être relayés. Par ailleurs, la loi « Sarkozy » a eu pour effet de majorer la clandestinité, ce qui ne favorise pas le travail des associations de terrain dans le sens de la diffusion de l'information.

4.3.4 Personnes d'Afrique sub-saharienne

C'est sûrement le groupe prioritaire vers lequel les messages de prévention doivent être travaillés. Les personnes d'Afrique subsaharienne représentent la moitié des découvertes de séropositivité et 43% des cas de sida chez les hétérosexuels en 2003-2004⁷⁵. Le problème du dépistage tardif dans cette population concerne particulièrement les hommes « *les hommes même quand ils savent qu'ils sont séropo, il y a un déni de ça...et du coup ils se perdent dans la nature et après ils reviennent dans une situation dramatique..* » (responsable assoc.95).

La question du TPE a été certes abordée dans les entretiens de façon prioritaire, mais il a été extrêmement difficile de s'y maintenir, tirés qu'ils étaient par les thèmes touchant à la sexualité et à la prévention en général, l'usage du préservatif notamment. Les deux associations rencontrées s'occupent d'accompagner les femmes séropositives d'origine africaine dans leurs démarches médico-sociales. Ces femmes leur sont donc adressées en général par les médecins au moment de la découverte de leur séropositivité. Or, d'après les responsables de ces associations, en ce qui concerne la connaissance du TPE, elle est inexistante avant cette découverte « *si on n'en parle pas ici, d'une manière générale, je ne crois pas que ces femmes là sont au courant du traitement... Déjà, on n'en parle pas assez...* ».

Les rumeurs et croyances toujours véhiculées sur la maladie dans certaines communautés contribuent à cette méconnaissance.

« *Je vois des malades qui arrêtent leur traitement parce qu'on leur dit ; si tu es malade c'est parce que tu as offensé Dieu. Et si tu lui fais confiance, c'est lui qui te guérit...* » (responsable 93). Les fantasmes existent dans toutes les communautés et cultures⁷⁶, mais avec plus d'acuité semble-t-il dans certaines. « *Si tu es une femme séropositive, tu seras suspectée...ou au contraire, ton copain ne te crois pas ! Comment ? tu es séropo, alors que tu es grosse !...* ». D'où parfois des comportements paradoxaux. C'est le cas d'un couple dont la femme est traitée pour sida. Son mari bénéficie deux fois du TPE en urgence après rupture de préservatif. Le traitement est chaque fois suivi correctement, les sérologies de contrôles sont heureusement négatives. « *Quand elle a vu ça, la femme, elle a dit qu'on lui raconte des histoires...mon mari il a guéri chaque fois avec 1 mois de médicaments, et le médecin il veut que je prenne toujours le traitement pour le sida..., alors elle a arrêté le traitement...* ». Dans d'autres cas, « *l'homme est sous traitement, et il se sent protégé, aussi il continue à prendre des risques* ». Et de conclure : « *du coup, certaines personnes du groupe de parole ont dit qu'il fallait plus parler du traitement d'urgence...* ». Dans d'autres cas, ce sont les effets indésirables du TPE qui induisent des

⁷⁵ BEH 46/47 2005

⁷⁶ Fassin 2000

réactions irrationnelles « *vous voulez m'injecter le virus...c'est pour ça que tu me traites* » dit une femme qui vomit sous TPE et veut l'arrêter.

La dimension culturelle n'est jamais à occulter, en témoigne la difficulté pour l'homme (et la femme ?) à considérer l'acte sexuel protégé comme incomplet « *cette femme là saura que j'ai vraiment couché avec elle, si mes spermatozoïdes sont restés dans le vagin de la femme...même sans faire des enfants !* ». Ou, « *avec la troisième personne, ils appellent ça comme ça... c'est le préservatif..., tu ne peux pas vraiment faire l'amour* ».

La dépendance économique joue, comme ailleurs.

La difficulté est probablement plus grande pour les femmes, lorsqu'elles dépendent économiquement de leur mari, d'imposer des moyens de prévention comme le préservatif, et, lorsqu'elles sont séropositives, de révéler leur statut à leur partenaire de peur d'être « renvoyée » ou suspectée de « mauvaise vie ». Les réactions de violence qui peuvent se déclencher à l'annonce d'une séropositivité, mais aussi les conditions d'un risque accru par des comportements violents (mariages forcés, relations sexuelles non consenties dans le couple...) sont autant d'écueils supplémentaires, car, pour pouvoir avoir recours au TPE en cas de prise de risque, encore faut-il que la personne séropositive puisse jouer « franc-jeu » avec son partenaire.

Des signes encourageants existent.

Les groupes de paroles développés par les associations de terrain permettent de commencer à dépasser ces réactions premières, et luttent contre la peur d'être rejeté du groupe familial qui renforce la culture du secret. « *On dit aujourd'hui que si la personne meurt c'est qu'elle n'est pas bien suivie...on dit à la personne que si elle est suivie, elle pourra vivre aussi longtemps que tu voudras, alors elle peut parler plus facilement de sa séropositivité* ». Dans certains cas, quand l'homme est séropositif, et qu'un accident de préservatif expose sa partenaire, des stratégies alambiquées sont mises en place pour permettre la prise du TPE... « *C'était un jeune garçon qui se savait séropositif, il a eu un accident de préservatif avec la jeune fille...alors, il est venu nous voir, ça, c'est notre façon de travailler...On lui a dit : tu peux dire la vérité à cette jeune fille...Il a dit non, si je dis la vérité à cette jeune fille, elle va me voir tel que je suis...un assassin. Alors on a cherché comment faire...Je vais lui dire ceci, que je viens de faire le test, et que je suis venu chercher le résultat. Et on me dit que je suis séropositif, alors comme j'ai fait des relations avec toi... bon il y a un traitement d'urgence, et comme je suis chez mon grand frère ici, il va t'expliquer comment on fait le traitement aux urgences et les prises de sang... ».*

Si une certaine inquiétude, probablement justifiée, pointe dans les propos des responsables d'associations quant à la partie immergée de l'iceberg qu'on craint de voir émerger un jour... des signes permettent pourtant de garder un certain optimisme.

L'usage du préservatif féminin semble être une alternative que de plus en plus de femmes choisissent d'utiliser « *la séropositivité permet aussi aux femmes de parler simplement de leur sexualité, ce qu'elles n'avaient jamais l'occasion de faire...* ».

D'autre part, paradoxalement, la séropositivité, passée la phase de dévalorisation de l'image de soi et de culpabilité, accélère les démarches de prise en charge et d'insertion, en restaurant l'autonomie. « *Si une femme elle est pas indépendante financièrement, c'est difficile de négocier un préservatif...maintenant, le comble, quand je vois ces femmes là, une fois qu'elles sont réinsérées dans la société, d'abord elles ont des appartements, et non seulement elles ont des papiers, alors il y a plein d'immigrés ici...qui n'ont pas de papiers...donc du coup elles ont le travail, donc elles ont plus...sur les hommes, alors, c'est à prendre ou à laisser...je suis séropo, si tu veux rester tu restes, si tu veux pas, tant pis, mais tu mets le préservatif...* »

Enfin, même si cela concerne la prévention dans sa globalité, « *il est à déplorer le peu de structures qui accompagnent les hommes, notamment ceux qui ont laissé femmes et enfants au pays...il n'y a aucun travail sur l'intimité fait avec les hommes* » (responsable AIDES 93).

4.3.5 Les jeunes de 15-24 ans

En population générale, les campagnes de prévention Sida ciblent assez logiquement les jeunes en amont et au moment des premières expériences sexuelles. Or, de l'avis des

médecins interrogés, l'information en direction de ces populations insiste assez peu sur la promotion du TPE .

D'une part, les messages prioritaires dans cette tranche d'âge sont ciblés vers la prévention primaire, d'autre part la crainte existe certainement de multiplier les effets indésirables en cas d'utilisation massive du dispositif⁷⁷.

Pourtant, d'après un certain nombre d'associations, le thème est actuellement abordé systématiquement lors des actions de prévention (le CRIPS dans les établissements scolaires par ex.). Ce ne fut pas toujours le cas. « *Il y a 4 à 5 ans, on s'est posé la question de savoir s'il fallait en parler en milieu scolaire...maintenant on le fait, c'est vrai, mais il y a peu de questions sur le sujet...les jeunes ne se sentent pas concernés* » (Codess 95).

Les professionnels eux-mêmes semblent réticents à insister sur le thème du TPE dans certaines structures. Il semble que ce soit le cas notamment dans les centres du planning familial et les consultations de PMI. Fréquemment confrontés à des situations de détresse (grossesses non désirées, violences conjugales, précarité...), l'information sur le TPE n'est pas jugée prioritaire. « *Il y a quand même plus de risque d'attraper une grossesse que le VIH à 15 ans...* » (médecin PMI). « *On parle de la pilule du lendemain, et du préservatif, mais pour le public jeune, ça suffit bien...après, on brouillerait le message...là où j'en parle évidemment, c'est dans les IFSI* » (sage-femme/Planning familial). « *je n'en parle jamais à la première consultation...ça les ferait fuir...après, selon les cas* » (médecin PMI).

5-Discussion et propositions

5.1 La prise en charge

Elle constitue l'essentiel du texte des circulaires de 1998/2003, annexes comprises.

5.1.1 La prise en charge hospitalière

Les résultats quantitatifs obtenus à Bichat, comme cela a déjà été dit, ne prétendent pas à l'exhaustivité, et ne sont évidemment pas transposables à tout établissement disposant d'un service d'urgences. Par ailleurs, comparer les pourcentages obtenus sur un seul hôpital parisien avec ceux de l'étude nationale de 2003 (InVS), est critiquable. Cependant, les tendances relevées sur l'hôpital de Bichat vont dans le même sens que celles déjà décrites en 2003 d'une part, et certaines caractéristiques ont été confirmées par les entretiens auprès des professionnels d'autre part.

De fait, on peut dire que les recommandations contenues dans les circulaires de 1998/2003 ont été globalement mises en œuvre dans les services d'urgence des hôpitaux d'Ile de France, avec certaines disparités, et une réponse plus ou moins adaptée, efficace et complète selon les services, notamment concernant les systèmes de surveillance, de suivi, et le « *counselling*⁷⁸ » (assistance psychologique).

A ce titre, les éléments suivants sont à souligner :

⁷⁷ Donnars -2004

⁷⁸ Préconisé par l'Organisation mondiale de la santé, le *counselling* implique le choix d'un rapport aux autres généreux, une manière démocratique d'appréhender autrui...L'objectif du *counselling* est de faire en sorte qu'une personne confrontée à un problème trouve elle-même, en mobilisant ses propres ressources, la ou les solutions adaptées à son problème et à sa situation La référence majeure dans ce domaine est constituée par l'étude de San Francisco (Martin JN., et al, 2001). L'étude consistait dans la mise en place d'un dispositif comprenant un volet de suivi médical (délivrance progressive du traitement en trois fois, suivi biologique) et un volet *counselling* de réduction des risques à raison de cinq séances entre le jour de la consultation et la cinquième semaine après l'exposition. Ce type de suivi comporte une certaine efficacité : le taux de perdus de vue à un mois n'atteint que 9%. Les participants ont pris le traitement complet dans 78% des cas; parmi ces derniers, 84% étaient totalement adhérents la première semaine et 78% à la fin de la quatrième semaine (Laporte A., 2001)".

- Une baisse de la proportion des AES vus et traités aux urgences. Ce phénomène était déjà visible, et correspond évidemment au travail de prévention d'amont, notamment grâce à la mise en place des CLIN, et à la médecine du travail.
- Une augmentation des RESI, notamment d'origine sexuelle. Ce point a été souligné partout, c'est la preuve qu'une certaine information passe dans la population (via Internet notamment)...ou que le phénomène de « relapse » s'accélère ?
- Relativement peu de traitements itératifs, ce qui corrobore les études préalables à 1998, faisant état d'une probabilité faible que le TPE soit utilisé comme une « pilule du lendemain » (voir 2.2.2). Les récurrences les plus souvent citées concernent les couples séro-différents, chez lesquels la connaissance du TPE est meilleure, et son recours plus fréquent logique.
- Peu ou pas de recours au TPE chez des usagers de drogue intraveineuse. L'hypothèse optimiste est que l'utilisation de seringues « propres » permet d'éviter au maximum les risques d'exposition. On ne peut toutefois pas exclure que des prises de risque existent. Dans ce cas, soit la méconnaissance du dispositif, soit le contexte lui-même expliquant cette prise de risque entraîne un non recours aux urgences...Il aurait été intéressant d'investiguer les CSST, et prochainement, les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD), pour vérifier quelle information y est donnée.
- La difficulté pour le médecin des urgences à refuser le TPE pour une exposition sexuelle pour laquelle la « source » est inconnue, ou positive au VIH, même si le risque est faible.
- La difficulté à arrêter un TPE commencé aux urgences, y compris si la réévaluation est en défaveur de ce traitement (hormis les cas bien sûr où la source est testée secondairement négative).
- La difficulté de mener le traitement/suivi à son terme. Même si les chiffres relevés sont encourageants (70% à Bichat), ils ne peuvent prétendre à représenter la réalité de tous les établissements d'Ile de France, et ne prennent pas en compte l'intégralité des recommandations (contrôle à 3 et 6 mois). Ceci semble d'autant plus vrai en cas d'agression sexuelle, pour lequel le suivi de la prise en charge est nettement « structure-dépendant ».
- L'harmonisation des pratiques médicales stricto sensu (kit de trithérapie et procédure de suivi) avec cependant un certain degré de disparité dans l'appréhension et la recherche systématique d'autres risques associés (hépatites, chlamydiae...)
- Enfin, l'importance de la qualité de l'accueil aux urgences, 24h/24, mais aussi au standard de l'hôpital. Elle doit encore s'améliorer, certains faits en témoignent. Il aurait été souhaitable d'approfondir cette question, notamment auprès des centres d'appels d'urgence (centres 15) mais aussi des médecins libéraux, ce qui reste à faire.

Recommandations médicales

Un risque ne doit pas cacher les autres

Si le protocole d'évaluation du risque et d'initiation du TPE ne semble pas par lui-même poser de question, il porte essentiellement autour du risque VIH, même si certains services mettent d'ores et déjà en œuvre une politique élargie de dépistage et traitement des IST à cette occasion. La consultation pour prise de risque sexuelle ne doit pas se focaliser exclusivement sur le VIH, mais prendre en compte de façon systématique tous les risques d'IST. Des recommandations nationales existent sur ces sujets, en dehors du contexte du TPE., concernant la prise en charge de la syphilis, des hépatites, des chlamydiae, et les traitements d'urgence qui leur correspondent le cas échéant (antibiothérapie, gamma-globulines...).

Le recours au TPE devrait être connu de toutes les personnes séropositives

C'est un minimum, et c'est d'abord du ressort du médecin... Il est difficilement admissible que des personnes suivies par un médecin pour une infection au VIH ne soient pas

parfaitement au courant avec leur partenaire du recours possible au TPE, notamment en ce qui concerne les personnes d'origine subsaharienne, ou étrangères, pour lesquelles, si la langue ou la culture est un obstacle, tout doit être mis en œuvre, par l'orientation vers les associations ou structures compétentes, pour faciliter la diffusion de l'information. Au même titre que le médecin hospitalier, le médecin traitant doit être ici impliqué, en particulier s'il participe à un réseau « ville-hôpital ».

Le délai de prise en charge doit être le plus court possible

Toute personne, quelque elle soit, ne devrait jamais attendre plus d'une heure dans un service d'urgences, lorsqu'elle se présente pour risque d'exposition au VIH. D'où le travail sur l'accueil, y compris téléphonique, sur la confidentialité, et pour désamorcer les réflexes de stigmatisation présents chez certains personnels soignants à l'encontre de certains « groupes » prioritaires. On sait que la représentation sociale du risque est entachée de préjugés tenaces, mais le travail des équipes hospitalières doit contribuer aux évolutions nécessaires.

Par ailleurs, le suivi, qu'il y ait ou non délivrance de TPE, peut encore être amélioré.

Recommandations organisationnelles

Selon la technique du « benchmarking » (étalonnage comparatif), les services des urgences des hôpitaux d'Ile de France pourraient aligner leur organisation sur ceux d'entre eux présentant les meilleurs résultats. Un certain type d'organisation semble avoir fait la preuve d'une meilleure efficacité, et prendre en compte les évolutions et besoins nouveaux constatés ces dernières années aux urgences. D'autre part, le conseil préventif, souvent négligé aux urgences, ne pourra pas toujours être « rattrapé » à la deuxième consultation... surtout si elle n'a pas lieu... D'où l'intérêt de pouvoir travailler sur place et dans l'immédiateté de la première consultation, puis de suivre le malade avec la même équipe secondairement. A ce titre, une circulaire récente de la DHOS insiste sur le rôle préventif général que doit jouer le service des urgences : « *Les professionnels des services des urgences ont un rôle à jouer dans cette prévention. Ainsi, le patient doit systématiquement recevoir des instructions précises à sa sortie pour prévenir la répétition d'une situation qui l'a amené aux urgences* ». ⁷⁹ Cet aspect préventif était d'ailleurs déjà présent dans les circulaires de 1998/2003, mais la distribution d'un document de prévention au patient qui y était prévue, qu'elle ait eu lieu ou pas (les médecins interrogés n'en avaient pas connaissance), ne peut être considérée comme suffisante.

Les points clé sont :

- **La formation**

- des personnels de l'accueil ((infirmière d'orientation, accueil téléphonique, y compris de l'hôpital). Elle doit être régulière, prendre en compte les mouvements de personnel (gestion des congés, etc).

- des médecins seniors, à la prise en charge intégrale de l'accident d'exposition au VIH, avec son aspect purement curatif, généralement fait, et son aspect préventif, actuellement réduit aux urgences.

- **L'organisation des services**

Elle doit favoriser

- la relance régulière auprès des patients pendant la durée du suivi du traitement et des tests sérologiques ultérieurs, notamment par des contacts et une permanence téléphoniques de recours. Eviter les « ruptures » de prise en charge (même équipe voire médecin du début à la fin de celle-ci) serait une meilleure garanti de succès notamment pour les publics fragilisés.
- un «counselling » (accompagnement psychologique) renforcé à chaque consultation en recherchant, pour les patients les plus à risque (multipartenariat, etc.) les réponses individuelles les plus aptes à modifier leur

⁷⁹ Circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

comportement vers la diminution des risques. L'aide d'un psychologue reste évidemment possible, mais n'est, de l'avis même des médecins, pas systématiquement nécessaire. Ainsi, si le TPE ne peut combler à lui seul les défaillances d'autres méthodes de prévention, il doit être l'occasion d'inciter ou faciliter la mise à jour et la discussion des situations à risque.

- **L'élargissement des missions des urgences ?**

Bien que ce point soit hors sujet, la question mérite d'être posée, au regard des évolutions constatées, et des exigences du Plan de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. On sait en effet que nombre de personnes dépistées tardivement VIH+ avaient été vues dans un service d'urgences pour un autre motif, dans les mois ou années précédant la découverte de leur séropositivité ou de leur maladie. La mobilisation du service des urgences autour des médecins seniors déjà formés à la prise en charge du risque viral permettrait de proposer à tout patient faisant partie d'un groupe prioritaire, quelque soit son motif de consultation, un dépistage du VIH plus systématique, avec rendu de résultat par le même médecin.

5.1.2 Spécificités de la prise en charge

Fonctionnaires de police et gendarmes

Tous les professionnels confrontés au TPE conviennent qu'ils voient depuis la parution des 2 circulaires de 1998 et 1999 (2.2.4) un nombre de fonctionnaires de police bien plus élevé qu'avant ces dates. Une première analyse pourrait conduire à se féliciter du résultat, puisque cette circulaire avait notamment pour but de répondre à une inquiétude légitime de ces professionnels confrontés à des risques d'exposition jugés fréquents. Cependant, les résultats (notamment sur Bichat) montrent que les risques sont majoritairement évalués comme minimes, voire inexistantes, et que l'indication du TPE est rarement légitime. D'autre part, on ne peut exclure un certain coût social à ce phénomène, notamment en suscitant inquiétude et frustration des fonctionnaires de police en cas de refus du traitement. Rappelons que la lecture de la circulaire de 1999 peut laisser croire que le traitement est la sanction presque obligatoire à l'exposition au risque, si minime soit-il... « *organisation de dépistages précoces et surtout de prises en charge...des policiers susceptibles d'avoir été exposés à un risque de contamination, aux fins d'administrations de traitements antirétroviraux en urgence* ».

Sans remettre en cause le principe même du recours au dispositif et des accords de collaboration entre services de police et services d'urgence, un travail de prévention en amont pourrait être développé, en collaboration avec les médecins inspecteurs régionaux de la Police nationale, ainsi que les médecins de prévention du ministère de l'intérieur, voire de la Défense nationale (pour la gendarmerie),

- 1) pour favoriser auprès de tous les fonctionnaires de police ou gendarmes les moyens de se prémunir au mieux des expositions à des morsures, crachats, etc .. lors d'arrestations « musclées », par des mesures barrières (gants..), par des comportements adaptés, par toute mesure permettant de diminuer l'exposition.
- 2) pour que les formations en direction de ces fonctionnaires insistent sur la notion d'urgence à évaluer, plus que d'urgence à traiter. Une évaluation en amont des services d'urgence pourrait éventuellement être proposée, après consultation interministérielle.

Agression sexuelle

La difficulté particulière de la prise en charge dans ce contexte a été vue au chapitre 4.2.1. Dans ce cadre plus qu'ailleurs, lorsque le viol est avéré, le TPE est proposé voire prescrit systématiquement.

Il n'a pas été possible dans ce travail d'appréhender la totalité des UMJ d'Ile de France, avec leurs spécificités de fonctionnement. Cependant, on constate que certaines UMJ ont la capacité de travailler dans des conditions optimales, lorsqu'elles ont pris le parti d'offrir un « guichet unique » à la victime. Dans ce cas, les constatations médico-légales ne se

font pas au détriment des soins, mais en parfaite coordination avec eux. De telles structures sont à favoriser, en sachant que cela dépend en dernier ressort du ministère de la justice.

Des conventions entre hôpital, tribunal et le cas échéant université (dans le cas d'un CHU) sont à encourager, de même que l'information partagée entre services de police (ou gendarmerie) et services hospitaliers d'un département ou d'un territoire de santé, de manière à favoriser les circuits les plus opérants en terme d'efficacité. Sinon, des protocoles de collaboration entre les divers intervenants seraient souhaitables pour privilégier les filières les plus efficaces. La création des COREVIH doit pouvoir servir de levier à de telles initiatives.

Enfin, si la prise en charge de la victime est une réalité, celle de l'agresseur est souvent négligée. Rappelons que certaines données montrent une prévalence élevée des infections à VHB et VHC parmi les victimes, ce qui justifierait qu'une prévention active soit mise en œuvre chez l'agresseur. Rappelons également que 60% des détenus en maison d'arrêt le sont pour des crimes sexuels...

Milieu pénitentiaire

Le contexte très spécifique de la prison montre que, si le recours au TPE est possible et prévu au sein des UCSA en cas d'exposition à un risque (sexuel ou autre), la gestion de ce type d'urgence paraît encore marginale. La raison semble principalement due à la méconnaissance d'une telle possibilité de recours par le détenu, et à la difficulté d'aborder certains thèmes en prison. Par ailleurs, pour le médecin, la difficulté de mener à bien ses missions de dépistage et de soin dans les nombreux domaines où il doit intervenir fait que la question du TPE n'est probablement pas une priorité.

Mais ici comme ailleurs, le TPE peut constituer une opportunité incomparable pour susciter une dynamique de prévention au sein de l'établissement, notamment avec les équipes de prévention, pour une population dont on sait qu'elle cumule certains risques.

La reconnaissance de pratiques dangereuses, par des ateliers de sensibilisation, le respect de la confidentialité, la promotion d'actions de santé et l'information des personnels et des détenus doivent améliorer l'efficacité du recours à ce dispositif.

Travailleurs du sexe

Même si la prévalence du VIH et des IST est mal connue dans cette population, les personnes prostituées constituent logiquement un public prioritaire dans l'indication du TPE. Deux écueils majeurs à la mise en œuvre du dispositif ont été retenus des investigations de terrain (4.2.3), qui confirment les données de la littérature.

Le premier concerne une population visible, connue des associations de terrain, généralement au courant des principes de prévention, et notamment de l'existence du TPE, mais pour laquelle l'accueil aux urgences peut constituer le principal obstacle, par réaction de rejet des personnels. Pour cette population « traditionnelle », le milieu associatif semble le meilleur allié des soignants, et le partage d'expériences permet en général de créer les conditions d'une meilleure prise en charge, soit par la constitution de « réseaux/filières », soit simplement par une meilleure connaissance mutuelle. Il faut encourager les expériences de ce type, notamment dans les territoires où la demande est forte. **C'est aussi un des rôles du MISP, de la DDASS et de la DRASS, que de porter et d'accompagner de tels projets** (à travers les dossiers d'appels d'offre du PRSP notamment).

Le deuxième concerne une population plus difficile à atteindre, plus mouvante, souterraine, pratiquant une prostitution moins conventionnelle, qu'elle soit épisodique ou passe par des circuits nouveaux, et pour laquelle la connaissance des comportements préventifs et du recours au TPE est plus incertaine.

Pour ces populations plus marginales, il faut développer les moyens de diffusion de la connaissance du TPE (et de manière plus générale, de tout mode de prévention du Sida et des IST...) en utilisant des canaux complémentaires (médias classique, Internet, éducation par les pairs...) sans renoncer évidemment au travail moins visible des acteurs de terrain, qu'une formation-information régulière rendra plus efficaces (notamment les

soignants, qui devraient connaître les évolutions sociales, et, par exemple les « glissements » de la prostitution classique à une prostitution plus informelle).

5.2 La connaissance du traitement post exposition et la diffusion du message préventif

Le dispositif de traitement d'urgence après prise de risque exposant au VIH devrait être idéalement connu de toute personne susceptible d'être exposée à ce risque, un peu comme il doit l'être en principe de tout personnel soignant. Les autorités ont, avec raison, choisi de privilégier une information ciblée, de proximité, en direction des publics prioritaires et des professionnels de santé (cf circulaires 1998/2003).

L'augmentation régulière de la demande pour des expositions sexuelles tendrait à démontrer que la diffusion de l'information a bien lieu. Cependant, il a été difficile dans ce travail d'estimer le niveau de connaissance du dispositif dans différentes populations. D'autre part il est probable que cette connaissance est elle-même disparate à l'intérieur d'une même population, qu'elle soit prioritaire ou non.

De plus, et cela a été dit, l'augmentation du recours au TPE peut être l'indicateur de la diffusion de l'information...ou la traduction d'un relâchement des comportements de prévention, et peut-être les deux à la fois. La connaissance qui serait forte chez les homosexuels masculins (80% selon responsable SIS) et quasi inexistante dans certaines populations d'origine étrangère, peut d'ailleurs traduire tout aussi bien la simple différence de statut social...De même, s'il est peut-être difficile d'espérer avoir un impact sur les personnes ayant des conduites de type suicidaire (multipartenariat, back-room, bare-back, etc), ceux que les responsables d'association appellent les « adeptes de la roulette russe », il paraît prioritaire de cibler les jeunes homos qui débutent leur vie sexuelle, dans un contexte parfois violent. A l'inverse, **il faudrait s'assurer que les personnes qui ne recourent pas au dispositif, toxicomanes, détenus, etc...ont bien accès à une information tant sur le dispositif que sur les moyens d'y recourir.**

Le rôle des associations qui luttent contre le sida est évidemment majeur dans la diffusion de cette information ciblée. L'INPES, le CRIPS, le CODESS, les associations de prévention et de soutien aux séropositifs ont le devoir, en conformité avec le Programme national de lutte contre le VIH-Sida, d'associer à leurs messages de prévention la possibilité de recourir au TPE, et de diffuser ces messages

- dans les lieux de prise en charge institutionnels (CSST, CAARUD, UCSA, CDAG, PMI, etc...),
- au niveau des associations de lutte contre le SIDA
- dans certains lieux de regroupements «festifs », notamment tous ceux qui favorisent les conduites à risque, établissements de rencontre, clubs échangistes, back-rooms, en y instituant une « charte de responsabilité » par exemple.
- dans les collèges et lycées, pour ce qui concerne les jeunes

Le COREVIH doit être le lieu où le recueil des données et leur analyse permettra d'harmoniser la diffusion de l'information, en la redistribuant notamment vers les lieux où elle serait négligée. Là encore, le MISP a son rôle à jouer.

Concernant la diffusion d'un message non ciblé à destination de la population dans son ensemble, la question mérite débat. Les avis recueillis auprès des professionnels de terrain sont partagés, et ne font de toute évidence pas du TPE une arme prioritaire de la lutte contre le Sida en population générale. La crainte de voir se multiplier les effets adverses du TPE en cas de recours massif n'est pas le moindre des arguments qui contribuent à freiner la diffusion d'un message généraliste⁷⁷.

Une manière de trancher le débat en toute indépendance et transparence serait de demander un avis aux instances d'expertise (Conseil supérieur d'hygiène publique de France, Haute autorité de santé, comité d'Éthique, AFSSAPS...), en prenant en compte les nouvelles molécules antivirales disponibles, et les évolutions épidémiologiques, notamment dans certaines tranches d'âge.

5.3 Le rôle du médecin inspecteur de santé publique (MISP)

Il intervient à plusieurs niveaux, la mise en œuvre des politiques de santé publique, notamment le volet prévention et le volet hospitalier, et le contrôle et l'inspection.

- Sur le volet hospitalier, il contribue à l'harmonisation des pratiques notamment dans les services d'urgences, mais aussi dans le cadre de la psychiatrie, en favorisant l'amélioration de la prise en charge somatique, et par le rappel des missions des services dans le respect des droits des malades (mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire, contrats d'objectifs et de moyens des établissements...). Il a donc un impact sur l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge médicale des patients qui ont recours au TPE, ainsi que sur l'organisation des soins en UMJ.
- Sur le volet préventif, il participe au pilotage de dispositifs spécialisés (CSST, CAARUD, CDAG, CIDDIST...), à la discussion, au choix, à la présentation voire au soutien de projets de prévention dans le cadre du Plan régional de santé publique (PRSP), notamment ses axes prioritaires relatifs à « la promotion des comportements favorables à la santé », à « l'éducation à la sexualité », et à « la réduction des risques dans les milieux prioritaires », (objectifs n° 9 (2.9.1) et 19 (3.19.1, 3.19.2 et 3.19.3). Le MISP, par sa participation au Comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS), peut également, par sa connaissance des associations de terrain (dont les associations de lutte contre le VIH et les IST), et par sa participation au recueil des données et à leur évaluation, orienter les actions et les hiérarchiser. Il a donc un impact sur la diffusion de l'information, la connaissance du dispositif, et l'implication des acteurs dans la « promotion » du TPE, comme élément préventif parmi d'autres.
- Sur les 2 volets associés, le COREVIH constitue un nouvel outil pour mieux coordonner les réponses locales à la fois en terme de soin et de prévention. Le MISP doit pouvoir favoriser l'émergence de projets porteurs de plus grande efficacité dans ce cadre. Par exemple, en milieu pénitentiaire, il doit être en mesure de proposer une réponse opérationnelle à la prévention et aux soins, notamment par l'élaboration d'un cahier des charges sur lequel chaque partenaire, dont l'UCSA, s'engagerait.
- Enfin sur le volet contrôle et inspection, il peut aider à une amélioration des pratiques en faisant respecter le cadre réglementaire, mais aussi, ce qui n'a pas pu être fait dans ce travail, en analysant avec précision un certain nombre de processus. Pour le TPE par exemple, il eut été intéressant de suivre précisément le parcours de soins d'un patient en service d'urgences, en contrôlant point par point les différents postes (accueil, prise en charge administrative, médicale, disponibilité des équipes...) de manière à aider aux éventuelles améliorations, notamment du délai de prise en charge, et de suivi du patient.

De même, dans le cadre du programme national d'inspection des établissements pénitentiaires, la circulaire du 10 janvier 2006⁸⁰ précise les missions des services déconcentrés. Il leur est notamment demandé de s'attacher à « *décrire les articulations entre les différents acteurs soignants médicaux et non médicaux, personnels pénitentiaires, forces de police et de gendarmerie, pour ce qui concerne l'accès aux soins, à repérer les difficultés dans l'application de la réglementation en vigueur et de l'adaptation des politiques de santé publique et les éventuels dysfonctionnements, et à vérifier les conditions de vie des personnes détenues, notamment relatives à l'hygiène, susceptibles d'avoir des conséquences néfastes sur leur état de santé.* »

Ce programme triennal est inscrit dans le Programme régional d'inspection, de contrôle et d'évaluation (PRICE), chargé de le mettre en œuvre, dans une perspective autant de contrôle de la réglementation que d'évaluation des bonnes pratiques et d'amélioration de celles-ci.

On voit que le MISP a une place dans ce cadre, avec d'autres membres de l'équipe d'inspection (Inspecteur des affaires sanitaires et sociales, médecin de

⁸⁰ circulaire DGS/DHOS/02 n° 2006-09 du 10 janvier 2006

la Caisse de sécurité sociale...car le TPE a aussi un coût !) et peut, au cours des diverses phases de l'inspection, susciter auprès des acteurs de terrain des actions qui facilitent le recours au TPE, dans une dimension strictement réglementaire et médicale autant que comme instrument privilégié de dialogue sur la prévention.

6.Conclusion

Le traitement post-exposition (TPE) consiste en une tri ou quadrithérapie antirétrovirale administrée pendant 4 semaines dans les délais les plus brefs à une personne ayant été exposée au risque de contamination par le virus du sida. Utilisé depuis une quinzaine d'années lors d'expositions au sang dans le cadre des soins médicaux, son indication a été élargie en France depuis 1998 par les autorités de santé, notamment pour les personnes ayant une exposition sexuelle, et après évaluation très précise du risque par le médecin. Deux circulaires, l'une en 1998, l'autre en 2003, décrivent de façon détaillée la mise en œuvre de ce dispositif, dont le pivot central est le service des urgences de l'hôpital, et dont une des singularités est qu'il est sans frais pour le patient.

Huit ans après, il paraissait intéressant de recueillir quelques données sur l'effectivité de cette prise en charge et son rendement, en se posant la question de l'adéquation entre l'offre de soins et les besoins des populations exposées ou demandeuses.

L'étude, nécessairement partielle, a tenté de dégager des éléments mesurables auprès d'un établissement parisien et des données qualitatives par des entretiens auprès de professionnels de l'Ile de France confrontés au dispositif.

L'analyse des résultats confirme une appropriation globalement satisfaisante des procédures médicales de prise en charge par les services d'urgence, qui utilisent des protocoles relativement similaires d'un établissement à l'autre. Certaines tendances déjà observées sont confirmées, notamment la disparité de l'accueil selon les services, la croissance du nombre des recours pour prise de risque sexuelle, la proportion relativement élevée de mise sous traitement dans ce groupe, et la difficulté de mener à son terme le suivi sérologique et/ou de traitement.

Des disparités plus grandes ont été constatées dans certaines prises en charge spécifiques, pour les détenus, les victimes d'agressions sexuelles, et certains groupes « prioritaires », notamment en ce qui concerne l'accès à l'information.

Ces résultats, recueillis sur quelques établissements et auprès de quelques professionnels de la région Ile de France, ne prétendent cependant pas rendre compte de la complexité ni de la totalité de la question, que des travaux complémentaires pourraient approfondir.

Ils permettent cependant, à la lumière des thèmes abordés, de proposer des améliorations qui doivent s'intégrer aux autres mesures préventives prévues par le Programme national de lutte contre le VIH-Sida. Ces améliorations concernent trois axes principaux :

- L'harmonisation et la qualité des pratiques à l'hôpital, notamment dans le service des urgences, par l'accueil adapté pour un délai de prise en charge minimum, par une prise en compte plus systématique des autres IST, par un effort de suivi et une assistance psychologique dès la première consultation si possible, par un effort sur la prévention accompagnée (« counselling »).
- Le renforcement de la connaissance du TPE dans certains groupes prioritaires, jeunes de 15-24 ans, toxicomanes, détenus, homosexuels, prostitué(e)s, séropositif(ve)s et leurs partenaires, et personnes originaires de pays de forte endémie VIH (Afrique subsaharienne notamment). Ce renforcement passe par la mobilisation des associations de lutte et de prévention-SIDA, mais également des professionnels de santé. Leur rencontre et leur coordination sera favorisée au sein des COREVIH.
- La prise en compte de situations particulières, comme celle de la victime d'agression sexuelle, et le soin urgent aux détenus, qui nécessitent là encore une volonté d'harmoniser les pratiques et les structures, de manière à tendre vers plus d'équité dans la prise en charge en Ile de France.

Au total

L'impact direct du traitement post exposition en terme d'infections évitées à la suite d'expositions non professionnelles (recours maintenant le plus fréquent), même s'il est difficile à mesurer... est probablement faible.

C'est la raison pour laquelle il doit être le prétexte, au-delà de la stricte prise en charge médicale, à tout une série de mesures d'accompagnement, médico-psychologiques et médico-sociales, qui, si elles sont mises en œuvre systématiquement, élargiront cet impact. Au-delà d'une réponse ponctuelle à une prise de risque isolée, le dispositif mis en place devient alors un outil incontournable de prévention pour contribuer à diminuer les nouvelles contaminations par le VIH et les IST dans les groupes prioritaires : les migrants originaires de pays à forte prévalence au VIH, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les détenus, les prostitué(e)s, les hétérosexuels multipartenaires, les toxicomanes...

Le TPE est inscrit au Plan national de lutte contre le sida et IST. Le MISIP est donc légitime dans la participation au choix de certains projets de prévention proposés dans ce cadre. Il peut activement participer à leur élaboration, accompagner les actions, et les évaluer. Il doit être également une force de proposition pour susciter des améliorations dans la qualité de la prise en charge hospitalière. Il devra profiter de la mise en place des COREVIH pour faciliter la promotion du dispositif de traitement post exposition, notamment en direction des publics prioritaires.

Sources et Bibliographie

Textes réglementaires (ordre chronologique)

- **Note d'information DGS/DH/DRT n°81 du 25 septembre 1995** relative aux mesures de prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les professionnels de santé et à la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique
- **Note d'information DGS/DH/DRT n° 666 du 28 octobre 1996** relative à la conduite à tenir, pour la prophylaxie d'une contamination par le VIH, en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique chez les professionnels de santé
- **Circulaire DGS/DH n° 97-380 du 27 mai 1997** relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles
- **Note DAP n° 2020 du 5 novembre 1997** relative à la distribution systématique d'eau de Javel aux personnes détenues
- **Circulaire DH/AF n° 98-137 du 27 février 1998** relative à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence
- **Circulaire DGS/DH/DRT n° 98-228 du 9 avril 1998** relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH
- **Circulaire n°DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998** relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé
- **Circulaire DGS/Div. Sida n° 99-109 du 22 février 1999** relative à la prévention des risques de contamination par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et organisation de l'accès aux traitements antirétroviraux pour les fonctionnaires de police
- **Circulaire DGS/VS2/DH/DRT n° 99-680 du 8 décembre 1999** relatives aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques
- **Circulaire DHOS/E 1 n° 2001-503 du 22 octobre 2001** relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violences ainsi que de toutes personnes en situation de détresse psychologique
- **Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS/SD6 A n° 2003-165 du 2 avril 2003** relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH
- **Circulaire DGS/SD6D/DHOS/O2 n° 2006-09 du 10 janvier 2006** relative à l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires

Articles du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)

- BEH 25/98 (23 juin 1998) Circulaire sur la prévention de la transmission des agents infectieux véhiculés par le sang ou les autres liquides biologiques lors des soins. (Circulaire DGS-DH n° 98/249 du 20 avril 1998).
- BEH n°25/99 (22 juin 1999) Surveillance des accidents exposant au sang : résultats du réseau AES Interrégion Nord entre 1995 et 1997 A. Tarantola^{1,4}, L. Fleury^{1,4}, P. Astagneau¹, A. Smaïl², A.-M. Hubscher³, D. Taleb¹, E. Bouvet^{1,4}, G. Brücker^{1,4} pour les Correspondants du Réseau de Surveillance des AES de l'Interrégion Nord
- BEH n°43 (26 octobre 1999) Pratiques de chimioprophylaxie après accident exposant au sang chez les personnels soignants dans 155 hôpitaux français en 1998 A. Tarantola, B. Miguères, M-H. Prévot, L. Fleury, E. Bouvet et le GERES
- BEH n°11 (13 mars 2001) Prise en charge et chimioprophylaxie des expositions au VIH à l'assistance publique - Hôpitaux de Paris L. Fleury¹, D. Che¹, M. Rosenheim², P. Astagneau³, G. Brucker^{2,3} et les médecins référents de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
- BEH n°36 (3 septembre 2002) Evaluation de la prise en charge thérapeutique des expositions au VIH, juillet 1999 - décembre 2001 F. Lot, C. Larsen, B. Basselier, A. Laporte Institut de veille sanitaire
- BEH 12/2002 Séroconversions professionnelles par le VIH et le VHC chez le personnel de santé en France, le point au 30 juin 2001.
- BEH n°48 (23 novembre 2004) Evaluation nationale de la prise en charge thérapeutique des expositions au VIH : impact des recommandations d'avril 2003 Florence Lot, Christine Larsen, Béatrice Basselier, Caroline Semaille Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice
- BEH thématique n°46-47-29 novembre 2005- Infection VIH-sida en France : vision d'ensemble et spécificités des départements français d'Amérique

Rapports et communiqués

- Bulletin de santé ORS-CRIPS «Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France. Les homosexuels masculins face au VIH/sida: données épidémiologiques et aspects de la prévention » décembre 2005
- Communiqué ONUSIDA/OMS, 21 novembre 2005 UNAIDS/WHO AIDS Epidemic Update: December 2005
- Fassin D. et coll. Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux, Congrès Sida et immigration : la recherche en questions, Paris, 2000/10/09
- Le bas J, Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé- Mars 2005- Commission genres et violences
- Mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale Rapports publics 02/05/2006
- Rapport de la commission d'enquête n° 321 (2002-2003) de M. Bernard PLASAIT et Mme Nelly OLIN, fait au nom de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, déposé le 3 juin 2003 au Sénat
- Rapport final enquête Retard disponible sur Internet [www.invs.sante.fr/publications/2006/recours_tardifs_vih/index ;html](http://www.invs.sante.fr/publications/2006/recours_tardifs_vih/index.html)
- Ténofovir : "un essai inéthique" Actup-Paris , publié le 14 juillet 2004 disponible sur Internet www.actupparis.org/article1733.html

Etudes et articles

- Abiteboul D, Descamps JM. Risques infectieux pour et par le personnel en réanimation. Risques infectieux en réanimation – Gestion et prévention Masson édition 2003
- Abiteboul, D., Lamontagne F., Lolom I. et al (2002) Incidence des accidents exposant au sang chez le personnel infirmier en France métropolitaine, 1999-2000. Résultats d'une enquête multicentrique dans 32 hôpitaux. BEH, 51.
- AIDS Care. Post-exposure prophylaxis after occupational and non-occupational exposures to HIV: an overview of the policies implemented in 27 European countries. 2000 Dec;12(6):695-701
- Almeda (J.):Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe. (2004) BDSP
- Arrada A, Zak Dit Zbar O, Vasseur V, Evaluation de la prévalence des infections à VHB et VHC et de l'incidence de l'infection à VHC après 3 mois, 6 mois et 1 an de détention, chez des détenus incarcérés à la Maison d'Arrêt de Paris-La Santé. 2001 BDSP
- Beltrami EM, Luo C-C, De La Trre N, Cardo DM. Transmission of a drug-resistant HIV after an occupational exposure despite postexposure prophylaxis with a combination drug regimen. Infect Control Hosp Epidemiol 2002;23:345--8.
- Beltzer N. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile de France en 2004. ORS Ile-de-France, novembre 2005.
- Bloch M, Carr A, Vasak E, Cunningham P, Smith D, Smith D. The use of human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis after successful artificial insemination. Am J Obstet Gynecol 1999;181:760--1.
- Bouvet E, Casalino E. La prise en charge des expositions au VIH en France. Bilan 2002. La lettre de l'infectiologue 2003 ; XVIII,3
- Braitstein P, Chan K, Beardsell A, et al. How much is it worth? Actual versus expected costs of a population-based post-exposure prophylaxis program [Abstract 153]. Presented at the 1st IAS Conference on Pathogenesis and Treatment, Buenos Aires, Argentina, July 9--11, 2001.
- Braitstein P, Chan K., Beardsell A., et al. Side effects associated with post-exposure prophylaxis in a population based setting [Abstract 153]. Presented at the 1st IAS Conference on Pathogenesis and Treatment, Buenos Aires, Argentina, July 9--11, 2001.

- Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *N Engl J Med* 1997;337:1485--90.
- Cassel Beraud A.M. La prise en charge des accidents d'exposition au sang chez les chirurgiens dans des établissements de soins publics et privés de la Vienne. Analyse du recours au dispositif de prise en charge. Mémoire ENSP-2003
- Centers for Disease Control . Management of possible sexual, injecting-drug-use, or other nonoccupational exposure to HIV, including considerations related to antiretroviral therapy: Public Health Service statement. *MMWR* 1998;47(No. RR-17).
- Centers for Disease Control: Case-control study on HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood - France, United Kingdom, and United States, January 1988 - August 1994. *MMWR* 1995; 44; n°50.
- Despré D, La loi sur la sécurité intérieure deux ans après : prévention entravée et conditions sanitaires déplorables pour les personnes prostituées- *Le Journal du Sida*-2005/05
- Donnars O, Situation à risque et traitement post-exposition : un dispositif d'urgence peu connu-*Le journal de la démocratie sanitaire*-2004/07 BDSP
- Drezett J. Post-exposure prophylaxis in raped women. In: IV International Conference on HIV infection in women and children. Rio de Janeiro: Livro de Resumos. Universidade, Federal do Rio De Janeiro e Institute of Virology of Maryland; 2002.
- Dufour A, Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City, 1996, *AIDS* 10(9), 1009-1015 (1996).
- Enquête ANRS-VESPA/novembre 2004
- Enquête KABP-CRIPS, ORS d'Ile-de-France, Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2004-Bulletin de santé n°9, sept. 2004
- Enquête Presse Gay 2004, Premiers résultats, 22 juin 2005, disponible sur Internet www.invs.sante.fr/publications/2005/epg_resultats/index.html
- Fourest C, La double peine des prostituées, revue *ProChoix* - février-mars 2001
- Fournier S, Maillard A, Molina JM. Failure of postexposure prophylaxis after sexual exposure to HIV. *AIDS* 2001;15:430.
- Gadegbeku G., Etude descriptive de la population carcérale ayant consultée dans le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) de la prison de la Santé pendant 1 an. 2005-BDSP

- Guay LA, Musoke P, Fleming T, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 1999;354:795--802.
- Hamers FF, Lot F, Larsen C, Laporte, A. Cost-effectiveness of prophylaxis following non-occupational exposure to HIV infection in France [Abstract 230]. Presented at the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Illinois, February 2--4, 2001.
- Harrison LH, Do Lago RF, Moreira RI, Mendelsohn AB, Schechter MI. Post-sexual-exposure chemoprophylaxis (PEP) for HIV: a prospective cohort study of behavioral impact [Abstract 225]. Presented at the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Illinois, February 4--8, 2001.
- Harrison LH, Do Lago RF, Moreira RI, Schechter M. Demand for post-sexual-exposure chemoprophylaxis for the prevention of HIV infection in Brazil [abstract 492]. Presented at the 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, California, January 30--February 2, 2000.
- Hausser D, Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses, analyse secondaire sur la base de la littérature disponible, Institut Universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne 1999- Disponible sur Internet www.iumsp.ch/Publications/pdf/RdS40.pdf
- Hu J, Gardner MB, Miller CJ. Simian immunodeficiency virus rapidly penetrates the cervicovaginal mucosa after intravaginal inoculation and infects interepithelial dendritic cells. *J Virol* 2000;74:6087--95.
- Johanet H, Bouvet E. Risk knowledge and management of blood exposure in operative room: results of a French national survey. *Ann Chir.* 2003 Jul ; 128 (6): 407-12.
- Kahn JO, Martin JN, Roland ME, et al. Feasibility of postexposure prophylaxis (PEP) against human immunodeficiency virus infection after sexual or injection drug use exposure: the San Francisco PEP Study. *J Infect Dis* 2001;183:707--14.
- Katzenstein TL, Dickmeiss E, Aladdin H, et al. Failure to develop HIV infection after receipt of HIV-contaminated blood and postexposure prophylaxis. *Ann Intern Med* 2000;133:31--4.
- Kwong J, Mayer K, LaSalvia T, et al. Non-occupational HIV post exposure prophylaxis at a Boston community health center [Abstract 362]. Presented at the National HIV Prevention Conference, Atlanta, Georgia, August 29--September 1, 1999.

- Laporte A. Prophylaxie post-exposition : les leçons de San Francisco. *Transcriptase*, 2001. 93: 2-6.
- Le Grand R, Vaslin B, Larghero J, et al. Post-exposure prophylaxis with highly active antiretroviral therapy could not protect macaques from infection with SIV/HIV chimera. *AIDS* 2000;14:1864-6.
- Lilian M, Welzer-Lang D, Violence et sexualité en prison : les abus dits sexuels en milieu carcéral, *revue Française des Affaires Sociales*, janvier-mars 1997, 201-212
- Martin JN, Roland ME, Bamberger JD, et al. Post-exposure prophylaxis (PEP) for sexual exposure to HIV does not lead to increases in high risk behavior: the San Francisco PEP Project [Abstract 224]. Presented at the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Illinois, February 4--8, 2001.
- Messiah A., Escaffre N, Sannino N, Rotily M, Galinier-Pujol A, La sexualité du sida en population vulnérable : éléments d'une enquête auprès des détenus. 2001 BDSP
- Moodley D, Moodley J, Coovadia H, et al. A multicenter randomized controlled trial of nevirapine versus a combination of zidovudine and lamivudine to reduce intrapartum and early postpartum mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. *J Infect Dis* 2003;187:725--35.
- Nassar N., Prévalence des infections à HIV, HCV, HVB et syphilis parmi les prisonniers males entrant à la Maison d'Arrêt de la Santé-Paris. Comparaison à la population générale-2005 BDSP
- Ortmans C, Dépistage du sida et des hépatites : pertinence et efficacité des dispositifs actuels en maisons d'arrêt. Mémoire ENSP-2005
- Otten RA, Smith DK, Adams DR, et al. Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2). *J Virol* 2000;74:9771--5.
- Pellissier G, Miguères B, Tarantola A, Abiteboul D, Lolom I, Bouvet E, the GERES Group Risk of needlestick injuries by injections pens. *J Hosp Infect*. 2006 mars 13
- Pinkerton SD, Holtgrave DR, Bloom FR. Postexposure treatment of HIV [Letter]. *N Engl J Med* 1997;337:500--1.
- Pinkerton SD, Holtgrave DR, Kahn JG. Is post-exposure prophylaxis affordable? [Letter] *AIDS* 2000;14:325.
- Pinkerton SD, Holtgrave DR. Prophylaxis after sexual exposure to HIV [Letter]. *Ann Intern Med* 1998;129:671.

- Puro V., Cicalini S, De Carli G., Soldani F., Ippolito G Towards a standard HIV post exposure prophylaxis for healthcare workers in Europe, *Eurosurveillance European communicable disease quarterly*, Vol.9, fasc.2, p.40-43-2004
- Rabaud C. Prophylaxie antirétrovirale après exposition non professionnelle au VIH et risque de séroconversion- *art.Transcriptases-2006/01*
- Raynal F, La santé entravée. *Revue Sidaction-Transversal n°9/ juin-Aout 2002*
- Rey D. et al., knowledge of HIV exposure prophylaxis in a population of HIV- positive outpatients : results of a French national survey -*JAIDS*, vol. 35(4), 1er avril 2004, p. 393-400
- Rotily M., A. Galinier-Pujol, R. Hajjar avec le Réseau Européen de Recherche sur la prévention du Sida/hépatites en milieu carcéral, *Epidémiologie de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral-Texte de la communication lors du premier congrès des médecins pénitentiaires, Nantes, Mars 1997*
- Rotily M., Toubiana P., Vernay-Vaisse C. et al. Le VIH en milieu carcéral, une enquête en région Provence-Alpes-Côte d'Azur *BEH*, 14 juin 1994,
- Schechter M, Do Lago RF, Mendelsohn AB, et al. Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. *JAIDS* 2004;35:519—25
- Schechter M, Lago R, Moreira R, Mendelsohn A, Harrison L. Behavioral impact of the availability of post-sexual-exposure chemoprophylaxis (PEP) for HIV: a prospective cohort study [abstract 154]. Presented at the 1st IAS Conference on Pathogenesis and Treatment, Buenos Aires, Argentina, July 9--11, 2001. Available at http://www.ias.se/abstract/show.asp?abstract_id=154.
- Serre A, Prévention de l'infection par le VIH auprès de personnes prostituées en France. *Bordeaux : Université Victor Segalen - UFR de Santé publique, 1998, 278 p.*
- Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA, et al. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353:773--80.
- Sperling RS, Shapiro DE, Coombs RW, et al. Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. *N Engl J Med* 1996;335:1621--9.
- Spira AI, Marx PA, Patterson BK, et al. Cellular targets of infection and route of viral dissemination after an intravaginal inoculation of simian immunodeficiency virus into rhesus macaques. *J Exp Med* 1996;183:215--25.

- Sudre P, San Millán Ruiz D, Fagard C, Perrin L, Hirschel BJ. Prophylaxie post exposition au VIH: éligibilité des patients récemment infectés par voie sexuelle. *Schweiz Med Wochenschr* 1999;129:314–8
- Taha TE, Kumwenda NI, Gibbons A, et al. Short postexposure prophylaxis in newborn babies to reduce mother-to-child transmission of HIV-1: NVAZ randomised clinical trial. *Lancet* 2003;362 (9391):1171--7
- Tarantola A, Golliot F, Astagneau P, Fleury L, Brucker G, Bouvet E and the CCLIN Paris-Nord Blood and Body Fluids (BBF) Exposure Surveillance Taskforce. Occupational blood and body fluids exposures in health care workers : four year surveillance from the Northern France Network *AJIC* vol 31 N°6 357-363, octobre2003
- Tarantola A, Koumare A, Rachline A, Sow Ps, Diallo MB, Doumbia S, Aka C, Ehui E, Brucker G, Bouvet E, Groupe d'Etude des Risques d'Exposition des Soignants aux Agents Infectieux (GERES) A descriptive, retrospective study of 567 accidental blood exposures in healthcare workers in three West African countries. *J Hosp Infect.* 2005 ;60(3) :276-82
- Taylor A, Outbreak of HIV infection in a Scottish prison, 1995, *BMJ* 310(6975), 289-292 (1995)
- Tsai CC, Emau P, Follis KE, et al. Effectiveness of postinoculation (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIV_{mne} infection depends critically on timing of initiation and duration of treatment. *J Virol* 1998;72:4265--73.
- Van der Straten A, Gomez CA, Saul J, Padian N. Awareness of PEP and viral suppressive therapy have little effect on sexual risk behavior in heterosexual HIV-discordant couples [Abstract]. Presented at the XII International Conference on AIDS, Geneva, Switzerland, June 28--July 3, 1998.
- Wade NA, Birkhead GS, Warren BL, et al. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1998;339:1409-14.
- Waldo CR, Stall RD, Coates TJ. Is offering post-exposure prevention for sexual exposures to HIV related to sexual risk behavior in gay men? *AIDS* 2000;14:1035--9.
- Wiktor SZ, Ekpini E, Karon JM, et al. Short-course oral zidovudine for prevention of mother-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomized trial. *Lancet* 1999;353:781--5.

Annexe

Trame d'entretien

(utilisée lors des rencontres avec les professionnels)

Après présentation personnelle et remerciements.

Cette trame était adaptée à chaque interlocuteur.

Utilisée pour les médecins, la présentation de l'étude est clairement énoncée. Pour d'autres professionnels, la première question peut être ; « connaissez vous le dispositif de traitement post-exposition après prise de risque sexuel ?. Avez-vous connaissance que la population que vous suivez y a régulièrement recours ? »

Un des objectifs de l'étude est de savoir si le dispositif en place est connu, adapté aux populations les plus à risque, et si l'offre de soins disponible est en adéquation avec la demande formulée, dans le contexte d'un relâchement des comportements de prévention, notamment chez les homosexuels.

Le cadre de l'enquête: réalisation d'un mémoire dans le cadre de l'année de formation des Médecins Inspecteurs de Santé publique promotion 2005/2006.

1. Connaissance et appréciation du dispositif

	oui	non
Dans votre pratique, avez-vous déjà été confronté (avez-vous eu connaissance de) à une demande de traitement post exposition VIH en dehors d'une exposition professionnelle ?	??	?
à combien estimez-vous leur nombre ?		
-depuis 1 an		
-depuis 5 ans		
-dans quelles circonstances ? (risque sexuel? seringue? autre?)		
Quel type de population recevez vous ? (ou quel type de population a recours au TPE selon vous?) couples «séro-discordants », migrants, homosexuels, hétérosexuels, usagers de drogues, jeunes.....?		
Pensez vous que la population que vous accompagnez connaît ce dispositif ?		
Quelle est sa perception de l'urgence du recours ?		

Comment vit elle la prise en charge par le corps médical ?	
Pour quel type d'accident sexuel ? (rapport non protégé, rupture, viol ...) le dispositif a été « utilisé » ? Connaissez vous des couples séro différents ? Savez vous s'ils ont déjà eu à utiliser ce dispositif ? A quelle fréquence ? Leurs comportements de prévention s'en trouvent ils changés ?	
Quelle est votre attitude face à ce type de demande? Envoi vers une structure adaptée ? dans ce cas, laquelle ?	
Avez-vous connaissance d'autres personnes ayant pris le TPE ? Savez vous quel traitement a été prescrit ? Comment ? L'accueil hospitalier a il été satisfaisant ? Avez-vous participé à la prise en charge, et au contrôle de l'observance ?	? ? ? ?
Quelle population vous semble la plus concernée?	

2. Evolutions

En général, prenez vous en charge le suivi des patients atteints du VIH ? Nombre ?	? ?
Faites vous partie d'un réseau et/ou participez vous à des actions de prévention Sida ?	? ?
Recueillez vous des confidences ou avez vous des questions sur les pratiques sexuelles et les risques qui s'y rapportent? Avez vous le sentiment que les conduites de prévention se relâchent ? Si oui, plus particulièrement dans quelle frange de la population ?	? ?
Aviez vous connaissance de la circulaire de 1998 ? Quelle est votre opinion sur ce document ? (vous a-t-il aidé, etc..) Connaissez vous la signification des sigles CDAG, CISIH, et COREVIH ? Pensez vous être correctement informé sur la politique de lutte contre le VIH en France? Si vous deviez apporter des améliorations au dispositif de prise en charge post-exposition, quelles seraient vos suggestions ?	? ? ? ? ?