



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Karim MOULLA

Le 21 octobre 2013

**Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans la prise en charge des accidents
exposant au risque viral (AEV) dans les hôpitaux Thionvillois (Référentiel AES).**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur C. RABAUD	Président
M. le Professeur F. ALLA	Juge
Mme. le Docteur E. STEYER	Juge
M. le Docteur F. TRUCHETET	Juge



**Président de l'Université de
Lorraine : Professeur Pierre**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE**

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Développement Professionnel Continu :	M. Walter BLONDEL
- Filières professionnalisées :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Formation Continue :	Professeur Didier MAINARD
- Recherche :	Professeur Jacques HUBERT
- Relations Internationales :	M. Christophe NEMOS
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Étudiante :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Vie Facultaire :	M. Xavier LEMARIE
- Étudiants :	

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone

GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,

PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,

HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent

GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophtalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur C. RABAUD.
Professeur de Maladies infectieuses et Tropicales.

Nous avons été très touchés par l'honneur que vous nous avez témoigné en nous confions le sujet et en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous avons apprécié la qualité de vos enseignements tout au long de notre cursus universitaire.

Veillez trouver dans ce travail, le gage de notre reconnaissance.
Permettez-nous de vous exprimer toute notre gratitude et notre grand respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur F. ALLA.
Professeur d'Epidémiologie, économie de la santé et prévention.

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail.
Nous avons apprécié votre disponibilité et votre gentillesse.

Permettez- nous de vous exprimer tous nos remerciements et notre respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Docteur E.STEYER
Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en siégeant dans notre jury.

Que la soutenance de cette thèse soit pour nous l'occasion de vous témoigner notre respect et notre haute estime.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur F.TRUCHETET.

Praticien hospitalier, chef de service du service de Dermato-Vénérologie du CHR de Metz-Thionville.

Nous vous remercions de nous avoir soumis l'idée de ce travail.

Nous vous remercions de votre dévouement et de votre disponibilité qui nous ont permis d'élaborer cette thèse.

Nous vous remercions également pour nous avoir épaulé tout au long notre internat, votre patience et votre gentillesse nous ont beaucoup touchés.

Puisse ce travail être le témoin de toute notre gratitude.

A Anabelle , ma femme,
Pour m'avoir épaulé tout au long de mes études, tu as toujours été un soutien sans faille.
Par ce travail je te témoigne toute ma reconnaissance et mon amour, et espère encore passer
plusieurs décennies à tes cotés.

A mes enfants Yanis et Eva, que j'aime plus que tous, vous êtes mes deux rayons de soleil.

A mes parents, Mustapha et Fabienne, vous m'avez toujours inculqué le sens du travail et le
respect des autres. A toi mon père qui a toujours été un exemple, dans l'adversité comme dans
la maladie, tu as toujours fait preuve d'un éternel courage, tu resteras un model à jamais.
Que ce travail soit la récompense de tous vos efforts.

A Laurie ma sœur, que j'aime profondément.

A Farah poupoule, ma petite nièce qui me donne le sourire a chaque fois que je la vois.

A mes grands-parents, qui ont toujours été proches de leurs petits enfants, vous avez
également étaient des modèles pour nous, vous nous avez inculqué le gout de l'effort, grâce a
vous, nous avons toujours réussi dans nos vies privées comme professionnelles.

A toute ma famille, Simone, André, Magali, Farid, Rachel, Djamel, Rachid, Lila, Mike, Kelly,
Dominique, Towan, Loïc, Chaben, Youssef....
En remerciement de tout ce avez fait pour moi, vos conseils, votre aide inconditionnelle,
trouvez dans ce travail le gage de toute mon affection et de mes remerciements.

A ma belle-famille,
Vous avez toujours été présent pour moi , comme une deuxième famille, à Aldo, Christiane ,
Gérard , Laurence , Nicolas , Samuel ,Pascal, Nathalie, Céline et Anais...

A tous mes amis, vous qui me supportait depuis l'enfance pour les plus anciens, Ouahib, Marie-Laure et Mélanie , Ridha, Yannick, Loïc, Djamil , Aurélie et Damien.

A tous mes amis de la faculté, Olivier, Geoffrey, Antoine, François, Stéphanie

A tous mes collègues, Dr Azzemou , Dr Lenhardt , Dr Balde , Dr Feidt, Dr Makièse et j'en oubli..

Un grand merci au Dr Perette, pour m'avoir tant aidé dans ce travail.

Au Dr Dumay , merci de m'avoir donné ma chance , merci pour votre patience (2 ans de post internat!!) trouvez dans ce travail un gage de profond respect.

Au docteur Pauly et Docteur Sattonet pour m'avoir accueilli dans leurs services afin de réaliser ce travail.

A tout le service de gériatrie de l'hôpital Bel-air, en particulier au SSR A.

A tous ceux que je n'ai pas cités, un grand merci.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

SOMMAIRE

INTRODUCTION	27
I. DEFINITIONS	29
A. Accident Exposant au risque de transmission Virale (AEV).....	29
B. Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG)	29
C. Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST).	30
II. Le VIH.....	31
A. Histoire du virus	31
1. La découverte	31
2. le virus	32
B. DEPISTAGE.....	37
1. Les recommandations	37
2. Les tests en détails.....	38
3. Délais de séroconversion et viroconversion.....	41
III. Les autres IST	42
A. Hépatite B (VHB)	42
1. Epidémiologie	42
2. Transmission (27).	42
3. La maladie.....	43
4. la vaccination.....	46

B. Hépatite C (VHC).....	46
1. Epidémiologie.	46
2. Transmission.....	47
3. La maladie.....	47
4 .le traitement.....	48
LES CENTRES DE DEPISTAGE	49
I. Rappels	49
A. Législation :	49
B. Financement :.....	50
C. Lever de l’anonymat :	50
II. Le CIDDIST de Thionville	51
A. Présentation	51
B. Fonctionnement	51
III. MEDECINE DU TRAVAIL	52
A. Présentation	52
B. Fonctionnement	52
IV. Le SAU	53
A. Présentation	53
B. Fonctionnement	53
EVALUATION SELON LE REFERENTIEL EPP AES DE LA SFLS, PRESENTATION DE L’ETUDE, METHODOLOGIE ET RESULTATS.....	55
I. Dispositif préalable.....	57
A. Prise en charge des AES	57
1. le CIDDIST coordonne la prise en charge des AES sur l’ensemble de son secteur	57
2. L’hôpital évalue son activité dans le domaine de la prise en charge des AES.....	58
B. Modalités de prise en charge des AES	59
1. Un protocole est présent dans tous les services participant au dépistage des AES	59

C. Le CIDDIST s'assure de l'absence de disparité du dispositif de prise en charge des AES au sein de son territoire.....	60
1. L'accès à un avis médical pour un AES sur le secteur du CIDDIST est permanent 24h/24 et 7j/7.	60
2. L'accès aux ARV pour un AES sur le secteur du CIDDIST est permanent 24h/24 et 7j/7	60
3. Il existe une possibilité de recours à des tests sérodiagnostics rapides (38)	61
D. Cas complexes.....	61
1. Il existe un référencement secondaire pour des AES particuliers (enfants, obstétrique,...). 61	
E. le CIDDIST est capable d'estimer l'activité d'AES sur son territoire.....	61
1. Il existe un recueil par le CIDDIST des AES sur son territoire.	61
2. L'activité de prise en charge par la médecine du travail pour les AES du personnel de l'établissement est quantifiée.	61
F. Le CIDDIST favorise une prise en charge coordonnée des AES.	62
1. Les différents services impliqués dans la prise en charge des AES ont établi des procédures concertées.	62
II. Consultation médicale initiale.	63
A. L'information nécessaire à la prise en charge du patient est recueillie.....	63
1. Chaque prise en charge d'AES bénéficie d'un dossier permettant la traçabilité et le chaînage de la prise en charge.	63
2. Les informations complémentaires nécessaires à la prise en charge sont connues.....	64
3. En cas de situation médico-légale, la coordination avec les instances compétentes est assurée.	66
4. Renseignement des facteurs de risque propres à l'accident.	66
B. Prise en compte du risque infectieux autre.	67
1. Prescription initiale de sérologies HVB, HVC, syphilis.	67
2. Des informations de prévention sont délivrées au patient quelle que soit l'issue de la consultation.....	70
III. Biologie initiale.	71
A. Le bilan initial est effectué auprès du sujet exposé.	71
1. une prescription de VIH à réaliser dans un délai maximum de 7 jours.....	71

2. Réalisation des sérologies des autres infections majeures jugées nécessaires	73
B. Il existe un dispositif de recours au test diagnostic rapide.	73
1. Un test sérologique VIH rapide (accès et résultat disponible en moins de 2 h) est disponible pour l'équipe assurant la prise en charge des sujets source.	73
C. En cas de traitement, un bilan pré thérapeutique est effectué.....	73
1. Un bilan biologique standard est réalisé.....	74
2. Un bilan spécifique complémentaire est réalisé si nécessaire.....	74
3. Recherche systématique d'une grossesse.....	75
IV. Décision Médicale.	75
A. Aide à la décision médicale.	75
1. Existence d'un protocole de prise en charge selon les recommandations en vigueur ou d'une grille d'aide à la prescription.	75
2. La prise en charge du risque d'HBV est effective.	76
V. Dispensation.....	78
A. La disponibilité des ARV recommandés est garantie.	79
1. Les ARV recommandés sont disponibles 24h / 24h 7j/7	79
2. Les ARV recommandés sont stockés et conditionnés selon les recommandations de Bonnes Pratiques.....	79
B. Les conditions d'accès les modalités de prescription, de dispensation et d'administration sont établies.	80
1. Le choix du circuit des ARV pour la personne exposée est clairement établi, selon le fonctionnement de l'établissement.	80
2. Les procédures de prescription des ARV dans le cadre des AES sont établies.	80
3. Le délai entre la prescription et l'administration des ARV est optimisé et inférieur à 1 heure.	81
4. Si la dispensation a lieu à la pharmacie de l'établissement, la prescription fait l'objet d'une analyse pharmaceutique complète.	81
5. Les démarches administratives ne font pas obstacle à l'obtention des médicaments antirétroviraux en cas de prescription de ceux-ci par le médecin assurant la prise en charge initiale.	81

C. Assurer l'information du patient sur les modalités de prise des médicaments antirétroviraux, par la personne qui délivre, dans et en dehors des pharmacies.....	81
1. Si la dispensation a lieu à la pharmacie de l'établissement, elle respecte les bonnes pratiques de dispensation.	81
2. Si la délivrance et l'administration des ARV sont réalisées à partir de kits disponibles dans des lieux déterminés, hors pharmacie, les conditions de conservation et de délivrance font l'objet d'une procédure.....	82
3. Les informations concernant les interactions médicamenteuses éventuelles sont proposées au patient, selon le traitement antirétroviral proposé.	82
VI. Suivi	82
A. Assurer l'information du patient sur la nécessité d'un suivi.....	82
1. Des informations concernant la nécessité d'un suivi en consultation spécialisée sont proposées aux consultants pour tous les AES traités ou non.	82
2. La personne exposée dispose des coordonnées d'un médecin (ou d'une structure) référent pour pouvoir l'appeler en cas de problème	83
B. Assurer la continuité du suivi de tous les patients.....	84
1. Un contrôle sérologique VIH a été prescrit pour être réalisé à 3 mois après l'AES (patient non traité) ou 3 mois après la fin du traitement.....	84
C. Assurer la continuité du suivi des patients traités.	84
1. Le suivi clinique et biologique du traitement post exposition est programmé.	84
2. En cas de consultation par un référent entre H48 et H96 celui-ci dispose des éléments de la consultation principale.....	85
VII. Prise en charge financière.....	86
Prise en charge de l'AES	86
1. En cas de problème financiers (pour les consultations, tests ...) la prise en charge est assurée.	86
VIII. Confidentialité.....	86
A. Garantir la confidentialité de l'entretien, le respect de la dignité et la nécessaire empathie envers le sujet exposé et le sujet source lors de la prise en charge initiale.	86
1. Le personnel des services qui assurent l'accueil des patients et des sujets sources a été formé et /ou sensibilisé au respect de la confidentialité	86

2. Le personnel des services qui assurent l'accueil des patients et des sujets source a été sensibilisé à l'empathie nécessaire lors de la prise en charge des patients consultants pour AES.....	87
3. A chaque étape de la prise en charge, les locaux sont adaptés à la confidentialité de l'entretien.....	87
B. Garantir l'obtention d'un consentement.....	88
1. Accord préalable du sujet source avant tout prélèvement ou test diagnostique.....	88
2. Accord préalable du patient pour la transmission des informations nécessaires à son suivi, pour tous les secteurs impliqués dans le suivi.	88
C. Maitrise de la confidentialité lors de la facturation.....	88
1. Il existe un circuit de facturation permettant une procédure d'anonymisation des soins et de la facturation.	88
DISCUSSION	90
I. Dispositif préalable.....	90
II.Consultation médicale initiale.....	92
III. Biologie initiale.	95
IV. Décision Médicale.	96
V.Dispensation.....	97
VI. Suivi	98
VII. Prise en charge financière.....	99
VIII. Confidentialité.....	100
CONCLUSION	101
ABREVIATIONS.....	103
BIBLIOGRAPHIE.....	105
ANNEXES.....	113

INTRODUCTION

Depuis le milieu des années 80 la lutte contre le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) est une priorité d'état.

De sa découverte en 1983 à nos jours plusieurs plans de lutte ont vu le jour.

De grand progrès ont été réalisés quant aux traitements et à la limitation de la pandémie mondiale. Même si le mode de transmission est bien connu des spécialistes et du grand public, la prévention primaire reste un domaine d'actualité.

En France on estime à 6700 le nombre de nouveaux cas sur l'année 2009 (1) et le nombre de séropositifs dont le statut VIH positif est non connu est estimé à 40 000.

Historiquement les CDAG (Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits) ont vu le jour en 1988. Leur but était d'amener un maximum de population à pouvoir se faire dépister gratuitement sous couvert d'anonymat afin d'éviter toute stigmatisation. Ils avaient également pour but d'éviter les « dépistages sauvages » réalisés par le biais des centres de transfusion sanguine qui réalisent systématiquement des sérologies VIH lors d'un don du sang.

Ces centres ont été créés uniquement pour la lutte contre le VIH/SIDA.

Un autre type de centre, les CIDDIST, a vu le jour en 2004 dans le cadre de la loi relative aux libertés et responsabilités locales du 13 août 2004, qui redonne à l'État la compétence de lutte contre les IST. Ce sont les héritiers des anciens DAV (dispensaires antivénériens) créés au début du siècle dernier, et leur mission est élargie aux IST (Infections Sexuellement Transmissibles).

Ces centres sont régis par l'Etat, et leur fonctionnement est financé par l'assurance maladie.

Ces structures ont un rôle primordial dans la lutte contre la progression de cette maladie qui reste à ce jour incurable.

A l'heure où des réformes concernant ces structures sont en cours, notamment par le biais du plan national VIH-sida-IST 2010-2014 (2), il paraît nécessaire d'évaluer les pratiques de ces centres afin de réussir au mieux une fusion CIDDIST/CDAG qui semble proche.

L'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) consiste à analyser son activité professionnelle par rapport à des recommandations actualisées, il en résulte une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et une garantie de qualité et de sécurité des pratiques professionnelles(3). Aujourd'hui l'EPP et la formation continue sont réunis sous le terme DPC (Développement Professionnel Continu)

Notre travail n'a pas pour prétention de faire une analyse exhaustive des CIDDIST mais de réaliser une première évaluation des pratiques professionnelle d'un centre de référence en Moselle.

- Les pratiques sont-elles conformes aux règles de bonnes pratiques actuelles ?
- Quelles sont les points forts et les points faibles de ce centre ?
- Y a-t-il une cohésion entre les différents réseaux ayant une activité de dépistage au sein du CHR de Thionville ?
- Peut-on améliorer l'efficacité de ce CIDDIST/CDAG ? Comment ?

I. DEFINITIONS

A. Accident Exposant au risque de transmission Virale (AEV)

Un Accident d'Exposition au risque Viral (AEV) est défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée (piqûre ou coupure) soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur une peau lésée.

Le risque de transmission d'agents infectieux lors d'un AEV concerne l'ensemble des germes véhiculés par le sang ou les liquides biologiques (bactéries, virus, parasites et champignons). En pratique, on redoute surtout le VHB, le VHC et le VIH, en France, du fait de leur prévalence, de l'existence d'une virémie chronique et de la gravité de l'infection engendrée. Dans l'ancienne nomenclature les AEV étaient appelés AES (Accident d'Exposition au Sang).

Désormais le terme AES est réservé aux accidents exposants au sang (Personnel soignant et usagers de drogues par voie intraveineuse) (4).

On parle également d'accident d'exposition sexuel lorsque ce contact se fait lors d'un rapport sexuel.

Les AEV regroupent les AES et les accidents d'expositions sexuels.

Dans notre étude, nous utiliserons la terminologie AES par soucis de concordance au référentiel de la SFLS.

B. Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG)

Mises en place en 1988 pour le dépistage du VIH par Décret n°88-61 du 18 janvier 1988 (5) qui instaure au moins un centre par département. L'activité des CDAG sera étendue à l'hépatite C par la Circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet 1998 (6) puis à l'hépatite B par la circulaire DGS/SD6 A n° 2000-531 du 17 octobre 2000 (7).

Les dépenses afférentes aux missions de ces centres sont prises en charge par l'assurance maladie (8).

En 2004 sont créés les CIDDIST par la loi n°2004-809 du 13 août 2004 (9).

C. Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST).

Les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) sont opérationnels depuis la loi du 13 août 2004 (9).

Ils sont ouverts dans chaque département avec l'accord du directeur générale de l'Agence Régionale de Santé par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 (10 /11). Ils participent au dépistage des IST autres que VIH et hépatites virales B et C, mais également au traitement des différentes maladies vénériennes.

II. Le VIH

A. Histoire du virus

1. La découverte

A la fin des années 1970, plusieurs médecins de New-York et San Francisco s'aperçoivent qu'un mal touche leurs patients homosexuels sans pouvoir mettre de nom sur cette maladie.

Les symptômes comportent une asthénie, une perte de poids et une augmentation du nombre de sarcome de Kaposi.

En 1981 le Center for Disease Control and Prevention (CDC) d'Atlanta relève 5 cas de pneumonie rarissime (pneumonie à *Pneumocystis Carinii*) à Los Angeles, entre octobre 1980 et mai 1981. Le fait marquant est que tous les patients sont de jeunes homosexuels et souffrent d'immunodépression.

Très vite on pose l'hypothèse d'une transmission par voie sexuelle.

En 1982 on observe les mêmes symptômes chez des hémophiles transfusés, des toxicomanes, des enfants nés de parents toxicomanes ainsi que chez des Haïtiens, ce qui renforce l'hypothèse d'un agent infectieux d'origine virale transmissible par voie sanguine, sexuelle ou materno-fœtale (12).

L'acronyme AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) fait son apparition aux Etats-Unis, et le terme SIDA apparait pour Syndrome d'Immunodéficience Acquis en France.

En 1983 à l'institut Pasteur de Paris l'équipe du Professeur Montagnier dans laquelle travaille le docteur Françoise Barré-Sinoussi découvre en analysant un ganglion lymphatique une activité enzymatique importante autour des lymphocytes T (la reverse transcriptase) découvrant ainsi le rétrovirus (13).

Il sera d'abord baptisé LAV pour Lymphadenopathy Associated Virus.

Parallèlement aux Etats-Unis le Professeur Gallo du National Cancer Institute conteste la paternité de la découverte, en effet il est le premier à avoir isolé un rétrovirus (HTLV I puis II). Selon lui le LAV ne serait qu'un représentant des rétrovirus qu'il a découvert, et le virus sera d'ailleurs rebaptisé HTLV III. Cette annonce fera grand bruit car elle s'accompagne de l'annonce d'une prochaine distribution d'un test diagnostique.

S'ensuit une longue bataille entre les 2 pays. Le virus sera finalement nommé VIH pour Virus d'Immunodéficience Humaine en 1986, et la paternité accordée en 2008 à l'équipe Française et consacrée par le prix Nobel de Médecine.

Il existe à ce jour 2 sérotypes, VIH 1, le plus répandu actuellement en Europe, Amérique, Asie et Afrique et VIH2 surtout présent en Afrique de l'ouest (12).

2. le virus

2.1 Rappel virologique.

Le VIH fait partie de la famille des retroviridae et à la sous-famille des lentivirus (12).

Il existe 2 sérotypes, VIH1 et VIH2. Il est observable en microscopie électronique et mesure 80 à 120 nanomètres de diamètre.

2.2 Morphologie

Les 2 sérotypes sont sensiblement identiques, composés :

- d'une **enveloppe externe** (14) :

Cette enveloppe contient des « spicules » formés par les protéines gp 120 qui s'agrippent littéralement aux protéines CD4 que l'on retrouve sur les lymphocytes T et les macrophages.

Elle contient également la protéine gp 41 qui a pour rôle de participer à la fusion entre l'enveloppe virale et la membrane phospholipidique de la cellule.

- d'une **capside** (14) :

Celle-ci est formée par l'assemblage de la protéine p24 qui est la protéine majeure ainsi que de la p17, protéine de la matrice, qui réalise la connexion entre la capsid et l'enveloppe externe.

Ce sont ces protéines qui entraînent la fabrication d'anticorps (anticorps anti-p24 et anti-p17) après destruction du virus.

La capsid contient le génome viral et les enzymes.

- Enfin le troisième élément est **le génome** (14), diploïde, c'est-à-dire possédant 2 brins d'ARN (acide ribonucléique) monocaténares identiques d'environ 10 KB.

Le génome comprend 2 familles de gènes :

- Les gènes codant pour les protéines de structure sont encadrés par 2 régions non codantes 5' et 3'

On retrouve entre ces 2 régions non codantes ,3 gènes codant pour les protéines de structure :

Le gène *gag* (group antigens) code une polyprotéine qui sera découpée en protéines p25 p18 et p13 (de capsid, de nucléocapsid et de matrice) par la protéase virale.

Le gène *pol* (polymérase) code les trois enzymes : la rétrotranscriptase (p68 et p61), l'intégrase (p34) et la protéase.

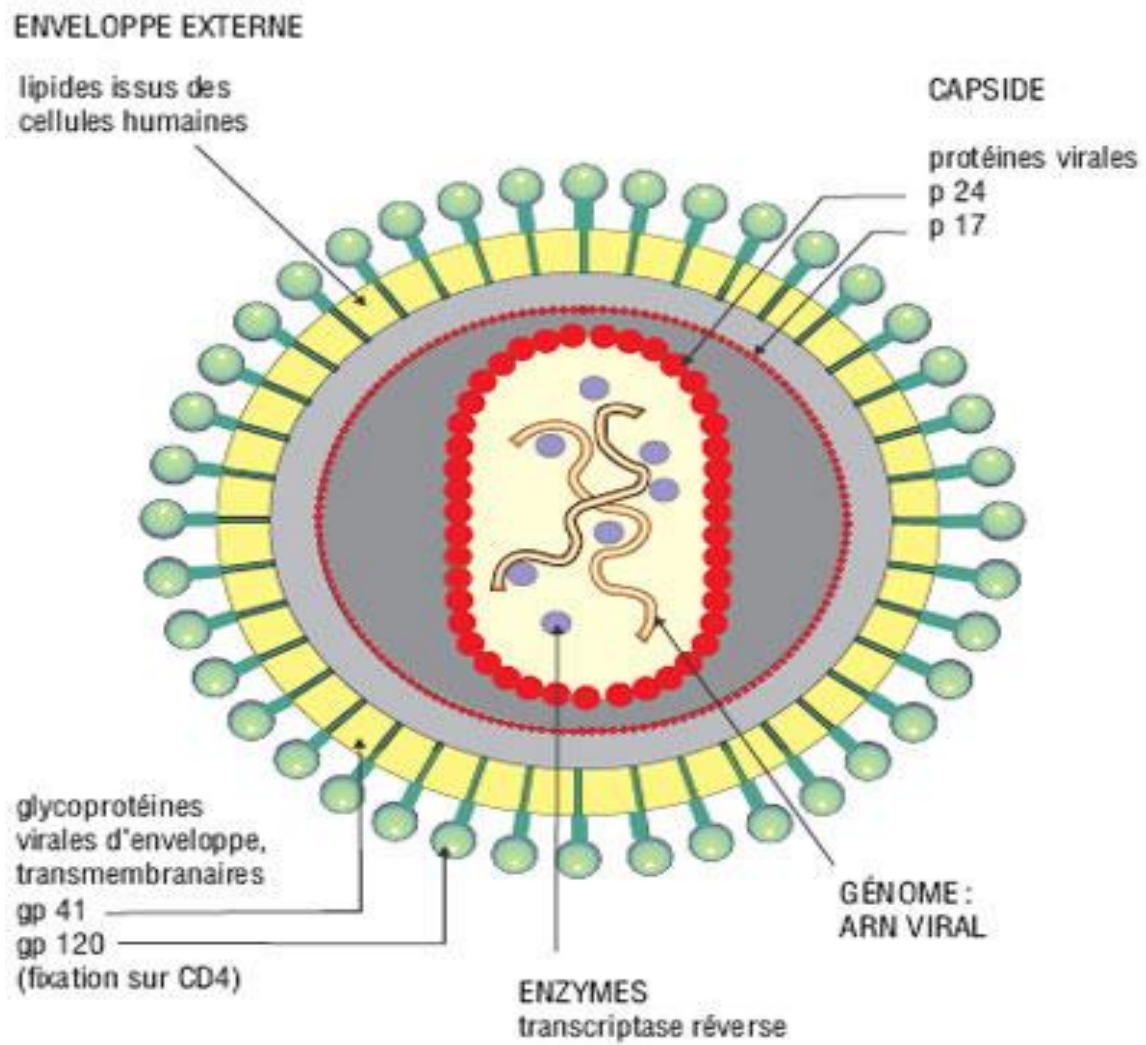
Le gène *env* (enveloppe) code une protéine précurseur la gp160 qui sera clivée en gp41 et gp120 et qui, restant associées, vont constituer les spicules.

Les gènes non codant 5' et 3' sont les régions stratégiques du virus. On y trouve des signaux de régulation de la transcription en ARN et de la traduction en protéines, des séquences d'amorçage de la réplication et des signaux pour l'intégration et pour l'encapsidation :

- Les gènes codant pour des protéines intracellulaires intervenant dans la régulation de la réplication virale. Ils sont au nombre de 6 :

Tat, Rev, Nef, Vif, Vpr, Vpu (15).

Schéma1 : Structure du VIH(14).

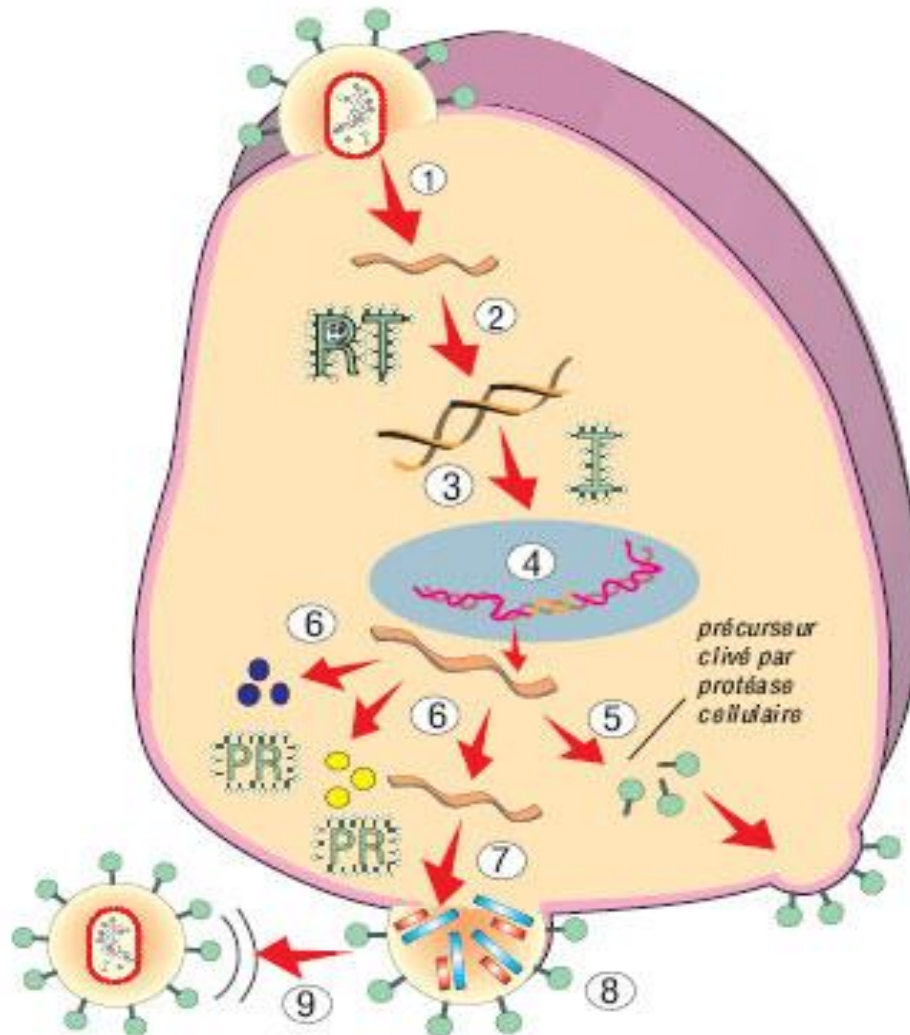


2.3 Réplication (16).

On distingue 6 étapes :

- la fusion : le virus fusionne avec le lymphocyte ou le macrophage grâce à sa protéine gp120 qui reconnaît la protéine CD4. Une fois cette fixation réalisée, la protéine gp41 est alors « démasquée », ce qui permet la fusion de la membrane virale avec la membrane du lymphocyte/macrophage, l'ARN viral peut alors pénétrer dans le cytoplasme de la cellule.
- La retro-transcription : une fois l'ARN viral libéré dans le cytoplasme, la « reverse transcriptase » le transcrit en ADN (acide désoxyribonucléique). L'ADN pourra pénétrer dans le noyau grâce à la protéine Vpr (une des 6 protéines du génome viral). Au cours de cette étape la reverse transcriptase commet de nombreuses mutations rendant la population virale hétérogène.
- L'intégration : c'est le rôle de l'intégrase qui va intégrer l'ADN viral à l'ADN de la cellule. L'ADN viral sera alors répliqué en même temps que l'ADN de la cellule infectée.
- Transcription : c'est la traduction de l'ADN en ARN. Il est entier et sert à la fabrication des protéines virales et du génome.
- Synthèse des protéines virales : certaines séquences d'ARN sont excisées et deviennent des ARN messager (ARN m), ils seront traduits par le matériel enzymatique de la cellule hôte. La synthèse de protéines de membrane et de capside peut commencer.
- Formation des virions : toutes les différentes parties du virus se rassemblent pour « s'encapsider ». Une fois la capside entière, le virion bourgeonne avec la membrane cellulaire et peut être excrété.

Schéma 2 : Phases de la réplication virale(17).



Légende :

- 1 - Fusion de l'enveloppe virale avec la membrane du lymphocyte CD4
- 2 - Rétro transcription de l'ARN viral en ADN viral par la transcriptase inverse
- 3 - Intégration de l'ADN pro viral dans l'ADN cellulaire à l'aide de l'intégrase virale
- 4/5/6 - Transcription de l'ADN en ARN "messenger" puis traduction de l'ARN en protéines. Cela permet de synthétiser de nouveaux virus (synthèse des protéines d'enveloppe, de la capside et des enzymes virales)

3. la transmission

Le virus est présent dans le sang, la salive, les sécrétions sexuelles, il est également présent dans le lait maternel, une étude de 2004 estimait le nombre d'enfants contaminés dans le monde à 315 000 par le biais de l'allaitement(18).

La transmission par acte sexuel dépend de la charge virale du sujet infecté, plus celle ci est élevée plus le risque de contamination est important.

Une étude récente (2012) estime le taux moyen de transmission du virus à 1 acte sur 900 chez les couples serodiscordants (19).

B. DEPISTAGE

1. Les recommandations

Les nouvelles recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) datant d'octobre 2008 préconisent dorénavant la réalisation d'un test combiné (20). Cette recommandation fera l'objet d'un Arrêté, celui du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence.

Il s'agit d'un réactif de type Elisa à lecture objective permettant la détection combinée des anticorps anti-VIH-1 et 2 et de l'Antigénémie p24 du VIH-1 .Ce sont les tests combinés de 4e génération (21). En cas de sérologies négatives, celles-ci sont considérées comme définitives 6 semaines après la situation à risque du fait du délai de séroconversion.

En cas de résultat positif, il convient de réaliser un test de confirmation appelé Western Blot sur un deuxième prélèvement.

Une fois le diagnostic de séropositivité au VIH établi, la réalisation d'examen supplémentaires telle la quantification de l'ARN-VIH plasmatique reste facultative.

Reste alors la différenciation VIH-1 et VIH-2, capitale car elle conditionnera la prise en charge thérapeutique.

En effet il existe une résistance naturelle du VIH-2 à certains antirétroviraux (ARV) ainsi qu'une non-détection de la charge virale VIH-2.

Cette différenciation est effectuée par la sérologie mettant en évidence des anticorps spécifiques anti-VIH-1 ou anti-VIH-2. Il s'agit d'une recommandation de l'ANAES datant de 2000 qui n'a jamais été légiférée (20).

Les tests de dépistage rapide sont également encadrés par l'arrêté du 28 mai 2010, ils sont réservés aux situations d'urgence (accouchement, sujet source d'un accident d'exposition au VIH...) afin de réaliser une prise en charge thérapeutique rapide. Ils sont toujours complétés par des tests de dépistage classiques.

2. Les tests en détails

2.1. La technique ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) (22).

C'est une méthode immunologique qui permet la détection d'anticorps par fixation sur des antigènes spécifiques. Cette fixation forme le complexe immun, qui donne son nom à la technique.

Une réaction enzymatique va mettre en évidence le complexe immun le rendant ainsi « visible » soit à l'œil nu soit par spectrophotométrie.

Il existe plusieurs types de méthode ELISA (ELISA indirect, ELISA sandwich ou ELISA par compétition).

2.2. Western-Blot.

C'est une technique de biologie moléculaire qui permet la détection spécifique d'une protéine.

Les protéines de l'élément à analyser (sérum, tissu..) sont séparées par électrophorèse (migration des protéines selon leur masse moléculaire et charge électrique) sur un gel de polyacrylamide. Elles sont ensuite transférées sur une membrane de nitrocellulose (étape de buvardage appelée "BLOT").

Vient alors l'étape du blocage, la membrane est plongée dans une solution contenant des protéines neutres. Ces protéines vont se fixer sur tous les endroits de la membrane non fixés par la protéine cible.

Cette phase permet de faciliter l'étape suivante qui consiste en la fixation d'anticorps primaires dirigés contre les protéines cibles.

En saturant les "espaces libres" de la membrane avec des protéines neutres, tous les sites non occupés par la protéine cible ne pourront plus fixer l'anticorps primaire, cette étape réduit donc les artefacts de fixation et donc le risque de "faux-positif"(23).

2.3. Test de dépistage rapide

Les tests de dépistage rapide doivent répondre à plusieurs critères d'acceptabilité (rapidité d'emploi, coût, innocuité, bonne spécificité et sensibilité).

Les tests de dépistage rapide sont réalisés auprès du patient sur sang total, plasma, salive ou sérum, ils donnent un résultat dans un délai court (30 minutes environ). Ce sont des tests subjectifs.

Prenons l'exemple du test de dépistage INSTI ® qui recherche spécifiquement les anticorps anti VIH-1 et VIH-2 (24).

Il utilise la technique ELIFA (Enzyme Linked Immuno Filtration Assay).

Le principe tient sur la filtration d'un « échantillon » du patient (sang, sérum..) à travers une membrane qui contient des protéines spécifiques du VIH-1 et 2 (Gp41 et Gp36).

Les éventuels anticorps dirigés contre ces protéines sont capturés par la membrane, reste alors à les mettre en évidence par un colorant, le virage de couleur bleue signifiant que le test est positif.

Les TDR sont utiles pour obtenir un diagnostic rapide dans certaines situations d'urgences ou pour faciliter l'accès à la connaissance du statut sérologique d'une certaine tranche de la population qui ne recourt pas aux tests de dépistage "classique".

Les recommandations de recours aux TDR sont définies par la HAS.

Quatre situations justifient leurs réalisations(38) :

- *Accident professionnel d'exposition au sang* : un TDR peut être proposé au patient source.
- *Accident d'exposition sexuelle* : un TDR peut être proposé aux deux partenaires aux

Urgences hospitalières ou dans le cadre des dispositifs intervenant dans la prise en charge des accidents d'exposition aux liquides biologiques.

- *Accouchement chez les femmes enceintes dont le statut sérologique par rapport au VIH n'est pas connu ou chez les femmes enceintes ayant eu une exposition supposée au VIH depuis la réalisation du dernier test de dépistage au cours de la grossesse : un TDR peut être proposé à la femme enceinte.*
- *Urgence diagnostique devant la survenue d'une pathologie aiguë évocatrice du stade SIDA : un TDR peut être proposé au patient.*

2.4. PCR (Polymérase Chain Reaction) (25)

C'est une technique de biologie moléculaire qui consiste à rechercher directement l'ADN ou l'ARN (on parle alors de RT-PCR) après une phase de multiplication.

La méthode utilise des variations de température pour séparer les ADN double brin (étape de dénaturation) et pour appareiller les amorces sens et anti-sens (étape d'hybridation) aux ADN matrice.

Schématiquement les polymérases synthétisent le brin d'ADN complémentaire du brin matrice finissant le cycle en « rendant » un ADN double brin (étape de polymérisation).

La multiplication des cycles permet la multiplication du brin d'ADN matrice de manière exponentielle en utilisant à chaque cycle les produits obtenus au cycle précédent.

Le produit de la PCR est analysé après dépôt et migration électrophorétique sur gel d'agarose en même temps qu'un marqueur de la taille attendu, reste à comparer visuellement le dépôt qui se fera à côté du marqueur.

Dans le cas du VIH on parle de reverse transcriptase PCR (RT-PCR) car le brin de départ est un brin d'ARN monocaténaire.

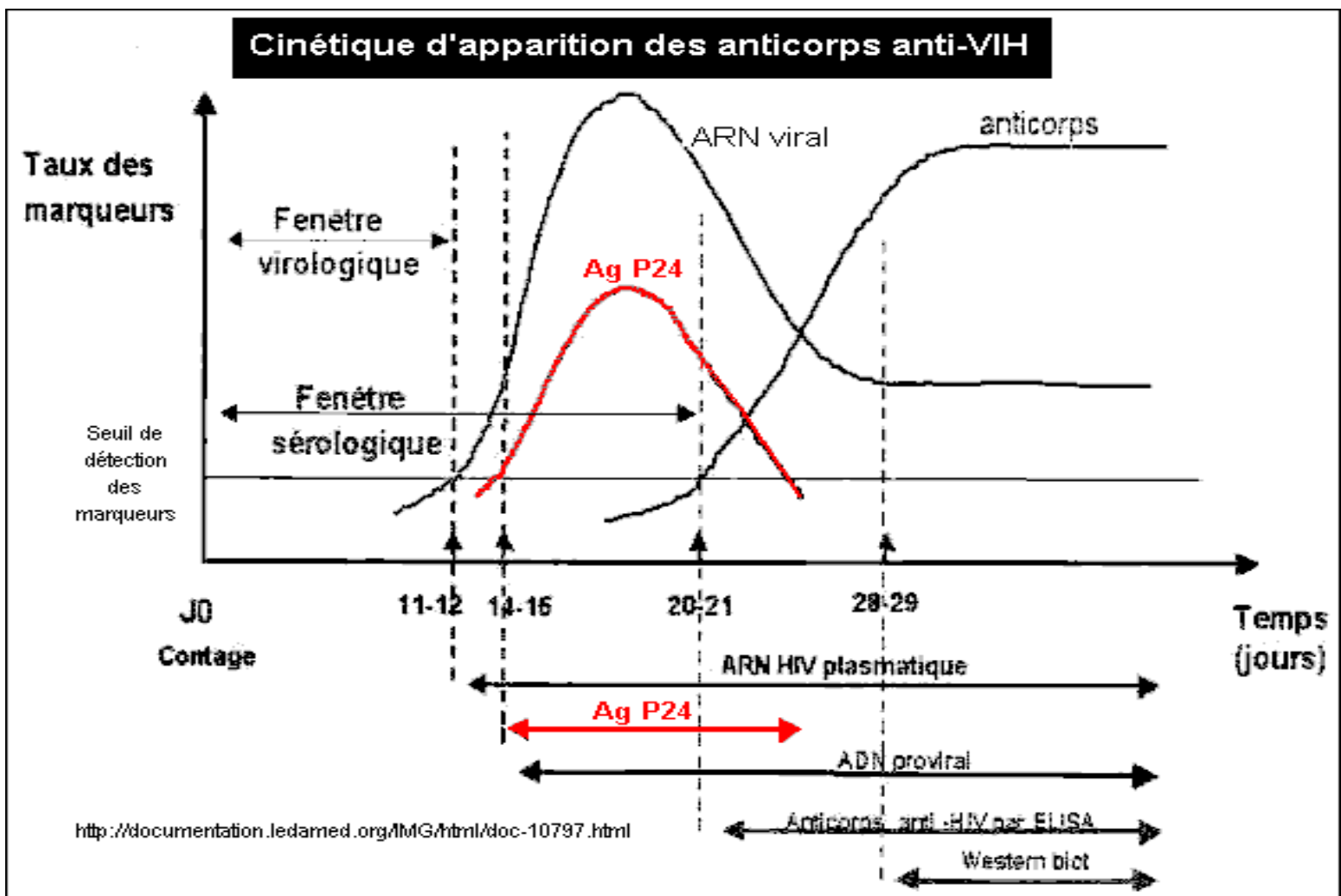
Cette technique est importante pour la détection directe du virus et pour réaliser la charge virale.

3. Délais de séroconversion et viroconversion

Toutes les techniques diagnostiques vues précédemment n'ont d'intérêt que si elles sont réalisées au bon moment. Le schéma 3 nous montre les différents délais d'apparition des :

- Anticorps (technique ELISA) : Détectables dès 21 jours, ils sont présents à environ 99 % à partir de 6 semaines. Ils sont également détectables par la technique Western Blot de confirmation.
- Antigénémie p24 : Présente dès 14 jours, elle se négative vite, mais permet une détection du virus avant un délai de 3 semaines.
- ARN viral : Il s'agit de la virémie, importante dans la recherche de la charge virale, elle apparaît dès 11 jours.

Schéma 3 : Cinétique d'apparition des anticorps anti-VIH.



Source : base documentaire ledamed

III. Les autres IST

A. Hépatite B (VHB)

1. Epidémiologie.

Selon l'OMS (organisation mondiale de la santé), 350 millions de personnes sont porteurs chroniques du virus à travers le monde.

Le virus de l'hépatite B touchait environ 280 000 personnes en 2004 en France selon l'enquête menée par l'INVS (enquête transversale de prévalence en population générale de 18 à 80 ans), ce chiffre correspond à 0.65% de la population française.

Il faut distinguer les personnes porteuses de l'antigène HBs (0.65% de la population) et les personnes porteuses de l'anticorps anti HBc (personne ayant été en contact avec le virus VHB), ce chiffre monte alors à 3.1 millions soit 7.3 % de la population (26).

Les principaux facteurs de risques retrouvés sont :

- La précarité : prévalence du portage de l'antigène HBs 4 fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle).
- La zone géographique : Prévalence de l'antigène HBs plus élevée dans le grand quart nord-est avec 1,12 %, la zone de faible prévalence étant le quart nord-ouest de la France avec 0.22 %.
- Le sexe et l'âge : la prévalence du portage de l'antigène HBs est de 1,10 % chez les hommes contre 0,21 % chez les femmes. Concernant l'âge, la tranche la plus touchée est celle allant de 30 à 34 ans avec 1,51 %, la moins touchée étant celle des 75 à 80 ans avec 0,07 %.

2. Transmission (27).

Le virus est présent dans le sang, la salive, les sécrétions sexuelles, il est également présent en moins grande quantité dans le lait maternel, les urines, les larmes. Le virus est très résistant, la contamination se fait donc facilement au contact des « liquides » infectés.

Les différents modes de contaminations sont dépendant des niveaux socio-économiques.

La transmission se fait principalement au moment de la naissance dans les **pays à forte endémie** (Afrique sub-saharienne, Asie du sud-est, Amérique centrale). La transmission in utéro est rare et ne représente que 2 % des contaminations périnatales.

Toujours dans les pays à forte endémie la transmission se fait également d'enfant à enfant (morsure, contact avec peau lésé...).

Dans les pays à faible endémie, les infections surviennent surtout chez les adultes jeunes lors de rapports sexuels non protégés ou lors d'usage de drogue IV (intraveineuse) ou par paille. Ces chiffres corroborent l'enquête épidémiologique de 2004.

La transmission lors d'une transfusion est devenue anecdotique de nos jours, elle est estimée à 1 contamination sur 2 400 000 dons !

3. La maladie.

La période d'incubation après contamination varie de 60 à 90 jours mais cela peut aller jusqu'à 180 jours.

La plupart des primo-infections sont asymptomatiques (70 % des cas).

On retrouve l'apparition d'un ictère chez le sujet adulte dans environ 30 % des cas dans un contexte d'altération de l'état général fébrile.

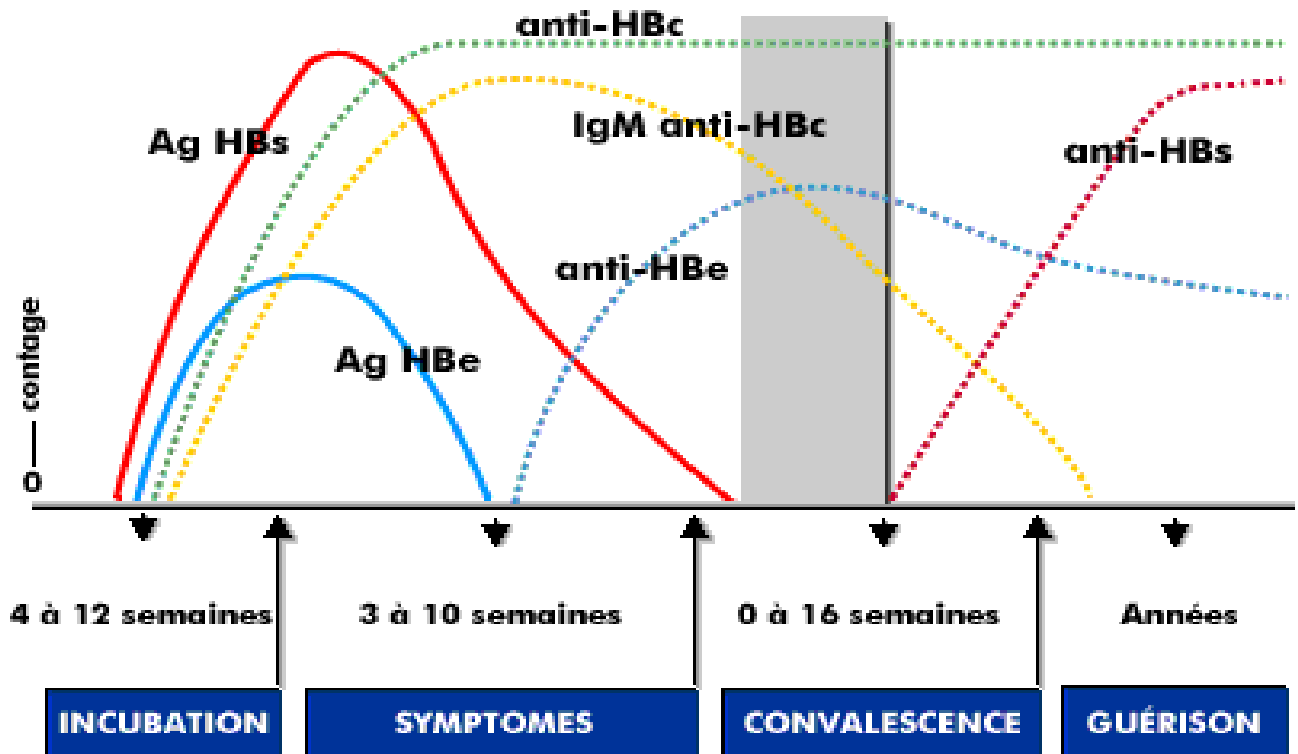
La destruction des hépatocytes n'est pas due directement au virus mais aux lymphocytes T cytotoxiques CD8 qui reconnaissent des épitopes de capside entre autres, et qui attaquent les cellules infectées.

Les lymphocytes T cytotoxiques ainsi que les cellules Natural Killer (NK) produisent des cytokines comme l'interféron gamma qui inhibent la réplication virale (28).

L'hépatite aigue est caractérisé par la présence d'antigènes (Ag) HBs et Ag HBe, ainsi que d'anticorps (Ac) anti HBc de type immunoglobuline M (Ig M). L'apparition d'Ac anti HBs et Ac anti HBe coïncide avec la disparition des Ag HBs et Ag HBe, c'est la guérison (28).

Les recommandations de la HAS (avril 2011) pour le dépistage de l'hépatite B reposent et confirment d'ailleurs le dosage des 3 marqueurs Ag HBs, Ac anti-HBs et Ac anti-HBc d'emblée. (Rapport de la HAS 2011 qui proposait 6 nouvelles stratégies de dépistage de l'hépatiteB).

Schéma 4 : Cinétique des marqueurs sérologiques du VHB au cours d'une infection aiguë évoluant vers la guérison.



Source : laboratoire Sanofi Pasteur

Dans environ 10 % des cas l'évolution se fait vers la chronicité (détection des Ag HBs plus de 6 mois après la contamination) et dans 1 % des cas vers l'hépatite fulminante.

Le taux d'évolution vers la chronicité est plus élevé chez les enfants, environ 90 % chez les enfants de moins de 1 an et entre 30 et 50 % chez les enfants de moins de 5 an (29), ce qui rend le diagnostic d'autant important dans les pays à forte endémie.

L'évolution naturelle de l'hépatite chronique se fait vers la cirrhose dans environ 20 % des cas, cette cirrhose elle-même se complique d'insuffisance hépatocellulaire et d'hypertension portale, mais se complique également de carcinome hépatocellulaire (CHC). Ce risque est d'environ 3 à 5 % par an chez le sujet cirrhotique, et est responsable de 80% des décès liés à l'infection par le VHB (28).

Schéma 5 : Rappel des profils sérologiques de l'hépatite B.

Profil biologique	Interprétation
Ac anti HBc – Ag HBs – Ac anti HBs –	Absence de contact avec le VHB
Ac anti HBc - Ag HBs – Ac anti HBs +	Antécédent de vaccination (efficace si taux d'anticorps > 10UI/l)
Ac anti HBc + Ag HBs – Ac anti HBs +	Infection ancienne guérie
Ac anti HBc + Ag HBs – Ac anti HBs -	Infection ancienne guérie Ou guérison en cours Ou infection occulte*
Ac anti HBc - Ag HBs + Ac anti HBs -	Infection B aiguë récente avant apparition des Ac anti-HBc
Ac anti-HBc+ Ag HBs+ Ac anti-HBs-	Infection B en cours (aiguë ou chronique)
Ac anti-HBc+ AgHBs+ Ac anti-HBs+	Séroconversion HBs en cours. Ou infection chronique avec présence d'Ac anti-HBs

* Infection B occulte : infection B chronique caractérisée par un Ag HBs indétectable mais un ADN viral sérique généralement faible.

4. la vaccination.

Un vaccin apparaît en 1981, initialement la vaccination ciblait les personnes à risque (Toxicomanes, professionnels de santé, plus de 2 partenaires sexuels sur une année...)

En 1992 l'OMS recommande d'introduire la vaccination dans les programmes nationaux de vaccination.

B. Hépatite C (VHC).

Le virus est identifié en 1989 (virus souvent impliqué dans les hépatites post-transfusionnelles).

Il présente une grande variabilité génétique (7 génotypes identifiés à ce jour) du fait de la survenue fréquente d'erreurs lors de sa réplication génomique. Cette variabilité génétique influe sur la réponse aux différents traitements.

1. Epidémiologie.

Dans le monde la prévalence est estimée à 150 millions de personnes (30), le nombre de décès annuel est estimé à 350 000.

La répartition dans le monde montre une forte prévalence en Asie du sud-est et en Afrique, très faible prévalence en Europe du nord.

En France la prévalence des anticorps anti-VHC est estimée à 0,84 % en 2004 ce qui correspond à 367 055 personnes.

Environ 0,53 % de la population générale soit 221 386 personnes présentent une infection chronique par le VHC (ARN positif).

La prévalence du portage chronique parmi les porteurs d'anticorps anti-VHC est donc de 65 % environ, cette chronicité est donc beaucoup plus élevée que pour l'hépatite B (26).

On estime à 4000 le nombre de nouvelles infections par le virus chaque année en France.

24 % des patients atteints par le VIH seraient également porteurs d'une hépatite C. Dans le cas d'une co-infection VHC-VIH la sévérité des lésions histologique est plus importante et l'évolution vers la cirrhose est plus rapide.

Le VHC est la deuxième cause de cirrhose hépatique en France (31).

2. Transmission.

La transmission se fait essentiellement par voie sanguine (transfusions sanguines, transplantation d'organes, usage de drogue intraveineuse).

Le mode de transmission le plus fréquent était la transfusion sanguine (avant 1991 dans les pays développés), il reste un mode de contamination important dans les pays pauvres (environ 2 millions de contaminations dans le monde chaque année) (30).

Il existe un risque de transmission materno-fœtal, celui-ci est estimé à 5 % si le virus est détectable dans le sang maternel à la naissance, ce taux monte à 20 % si la mère est co-infectée par le VIH (32).

3. La maladie.

L'hépatite C se déclare après une période d'incubation de 6 à 10 semaines. La phase aiguë est majoritairement asymptomatique (environ 80 %) (33).

Elle peut évoluer de manière symptomatique comme l'hépatite B (altération de l'état général, ictère) dans 20 % des cas, elle peut également évoluer vers l'hépatite fulminante.

Le diagnostic à la phase aiguë se fait par la biologie :

- Le premier marqueur est l'apparition d'ARN viral détectable par PCR.
- Apparition des anticorps anti-VHC pendant la phase aiguë également.
- Augmentation des transaminases.

La guérison se fait dans environ 15 à 45 % des cas (disparition de l'ARN viral) (33) et elle se chronicise dans 65 à 80 % des cas ce qui est beaucoup plus important que dans le cas de l'hépatite. Cette chronicité plus élevée est en partie dû à la grande variabilité génomique du virus.

En cas de chronicité l'ARN viral est toujours détectable dans le sang du sujet.

Il est décrit 3 modes d'hépatite C chronique(33) :

1. *Hépatite chronique avec transaminases normales* : définit par la persistance d'un ARN viral et une absence d'élévation des transaminases, elle représente environ 25 % des hépatites C chroniques, l'évolution est la plus favorable des hépatites C chronique.
2. *Hépatite chronique minime* : persistance de l'ARN viral et augmentation légère des transaminases. Environ 50 % des sujets.
3. *Hépatite chronique modérée ou sévère* : persistance de l'ARN viral et augmentation franche des transaminases. Elle représente 25 % des sujets, elle est le plus à risque de complications tardives (environ 20 % des sujets développeront une cirrhose dans les 20 ans).

Les complications sont comme pour l'hépatite B la cirrhose et le carcinome hépato-cellulaire.

4. Le traitement.

Il repose sur l'association *Interferon-alpha pégylé et ribavirine*, chez les sujets infectés par un VHC de génotype 2 à 6. Cette association est préconisée durant la phase chronique, sa durée peut aller de 6 à 12 mois de traitement.

La réponse au traitement dépend du génotype (80 % de réponse positive pour les génotypes 2 et 3 contre seulement 45 % pour le génotype 1).

C'est pour quoi le traitement du génotype 1 repose sur une trithérapie associant *Interferon-alpha pégylé, ribavirine et inhibiteur de protéase*. Cette trithérapie permet la guérison de 65 à 75 % des patients qui étaient naïfs de traitement (30).

Il n'existe pas de vaccin.

LES CENTRES DE DEPISTAGE

I. Rappels

A. Législation :

Les premiers centres dédiés aux maladies vénériennes ont été créés au début du 19ème siècle, ce sont les DAV (dispensaires antivénériens). Ces centres sont publics ou privés et sont ouverts après accord préfectoral. Ils peuvent avoir une spécialité (tuberculose...).

En 1988 arrivent les CDAG qui révolutionnent le monde du dépistage, en effet pour attirer un maximum de population au dépistage (en particulier les populations les plus à risque) et stopper les dépistages « sauvages » effectués dans les centres de don du sang, la loi du 30 juillet 1987 prévoit que dans chaque département soit installé une consultation anonyme et gratuite afin de dépister l'infection par le VIH.

Les fonctions des CDAG sont initialement prévues dans la circulaire du 20 janvier 1988(5), ils ont pour but d'accueillir et d'informer les consultants, de leur proposer un examen médical et biologique et de les orienter. Leur mission s'arrêtait là.

Leurs objectifs sont redéfinis dans la circulaire n°98-423 du 9 juillet 1998 (6), et précisent 5 buts prioritaires

- Permettre une prise en charge précoce après une exposition à un risque.
- Rendre le dispositif visible pour tous.
- Faciliter l'accès au dépistage pour les personnes précarisées et les personnes vulnérables aux risques.
- Renforcer la prévention.
- Renforcer le lien entre dépistage et prise en charge.

Cette circulaire étend également les compétences de ces consultations pour le dépistage des hépatites B et C.

En 2004 on note l'apparition des CIDDIST, avec la nouvelle loi du 13 août 2004 qui stipule : « Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines dans le cadre

d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention précise les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l'Etat, les données dont la transmission à l'Etat est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine » (9) c'est le début de la gestion des centres de dépistage par l'état, néanmoins, certaines collectivités territoriales ont pu se désengager de cette lutte contre les IST et plusieurs structures se sont de ce fait « rattachées » à des hôpitaux.

L'ordonnance n°2010-462 du 6 mai 2010 (34) stipule que le directeur général de L'ARS désigne au moins une consultation par département en lieu et place du Préfet. Cette ordonnance a été prise pour permettre l'application de loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

B. Financement :

Dans la circulaire DGS/RI2 no 2012-222 du 1er juin 2012 (35) relative au financement des consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le VIH, il est précisé que selon l'article L3121-2 du code de la santé publique (34) c'est l'assurance maladie qui finance les différentes missions exercées par les CDAG.

Le mécanisme de financement des CDAG est défini par 3 articles du code de la sécurité sociale : L. 174.16, L. 162-22-14 et D.174.17.

A savoir que les CDAG gérées ou non par un établissement de santé bénéficient d'une dotation annuelle fixée par l'ARS.

C. Lever de l'anonymat :

La levée de l'anonymat est fixée par l'arrêté du 8 juillet 2010 (Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (36).

II. Le CIDDIST de Thionville

A. Présentation

Les médecins responsables du centre sont monsieur le docteur TRUCHETET Chef de service et messieurs les docteurs MULLER et POUAHA, Praticiens Hospitaliers.

Le CIDDIST de Thionville a ouvert ses portes le 9 mai 1988, il était alors un CDAG.

Il fonctionne avec le CIDDIST de Metz avec les mêmes médecins responsables.

Les dépistages s'y font de manière anonyme et gratuite sans rendez-vous du lundi au vendredi de 8h à 17h et le samedi matin de 8h00 à 12h00. Les résultats sont remis sur rendez-vous en main propre, obligatoirement par un médecin.

Les consultations initiales sont assurées par un médecin, un interne du service ou une infirmière, le recueil des données se fait sur une fiche où figure un numéro d'anonymat numéro commençant par T pour le site de Thionville ou M pour le site de Metz suivi d'un numéro (numéro attribué par ordre chronologique de passage). Un carton où figure le numéro d'anonymat est remis alors au consultant.

Les résultats sont quant à eux obligatoirement remis par un médecin sur présentation du carton d'anonymat lors d'une consultation médicale.

Les contrôles sérologiques se font avec un autre numéro d'anonymat délivré lors d'une nouvelle consultation. On ne peut donc pas rattacher le contrôle sérologique à 45 jours ou à 3 mois à la consultation initiale.

B. Fonctionnement

Locaux

Les consultations se font au sein du service de dermatologie de Thionville dans l'hôpital Beaugregard :

- un secrétariat assure l'accueil

- 2 salles d'examens sont dédiées aux consultations médicales

Le personnel

3 médecins praticiens hospitalier sont les référents (docteurs Truchetet, Pouaha et Muller)

Les 2 médecins assistants du service.

Les 3 internes du service.

2 infirmières référentes (Mme Wiemart et Mme Becker)

1 secrétaire pour l'accueil

1 psychologue (Mlle Py) qui a réalisé 247 entretiens sur l'année 2010 (sur 1374 consultations)

III. MEDECINE DU TRAVAIL

A. Présentation

Le site de consultation du service santé au travail se situe également sur l'hôpital Bel-Air. Le médecin chef de service est le docteur PAULY.

Le service de santé au travail s'occupe exclusivement des AES professionnels du personnel soignant du CHR de Thionville, cela exclut le personnel non-soignant (agents d'entretien, convoyeurs ...) qui sont suivis par la médecine du travail de Thionville qui se situe rue du Manège.

Horaires d'ouvertures du lundi au vendredi, exclus les jours fériés, de 8h00 à 17h00.

B. Fonctionnement

Situés sur le site de l'hôpital BEL-AIR les locaux sont composés de:

- 1 secrétariat d'accueil
- 2 salles d'examen pour les 2 médecins PH.

Le personnel est composé d'une secrétaire d'accueil, une infirmière préposée aux soins techniques ainsi que 2 médecins PH (Docteur PAULY et Docteur BERGER).

IV. Le SAU

A. Présentation

Le service est par définition ouvert 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Il se situe sur le site de l'hôpital Bel-Air à Thionville.

Il n'y a pas de médecin « référent AES », le chef de service est le docteur SATTONET.

B. Fonctionnement

Les locaux sont ceux des urgences, avec une activité de plus de 50 000 passages par an. Il s'agit de l'un des plus gros services d'urgences de Lorraine.

L'activité AES est « noyée » dans le flux des autres consultants.

La différence majeure avec le fonctionnement du CIDDIST réside en une prise en charge non anonyme. En effet chaque consultant passe par une Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) qui prend les coordonnées du consultant (nom, prénom, adresse, numéro de sécurité sociale) mais aussi le motif de consultation (qui aura un rôle important dans notre travail sur l'activité AES du SAU).

Le patient est ensuite vu par médecin senior ou interne dans une salle de consultation où il est seul de manière à mener un interrogatoire confidentiel et à l'examiner si besoin.

Les locaux sont excentrés par rapport au CIDDIST, mais un dermatologue d'astreinte reste joignable par téléphone pour avis.

Le personnel

Il est composé de toute l'équipe médicale soit 13 praticiens hospitaliers (PH), 3 assistants, 2 praticiens contractuels (PC), et 2 internes de garde par jour.

Il comprend également toute l'équipe paramédicale et au besoin les autres spécialités : service de psychiatrie d'urgence et de liaison (SPUL), dermatologue d'astreinte pour les avis sur les prise en charge des AES ...

EVALUATION SELON LE REFERENTIEL EPP AES DE LA SFLS, PRESENTATION DE L'ETUDE, METHODOLOGIE ET RESULTATS

Notre étude concerne 3 services de l'hôpital Bel-Air et de l'hôpital Beauregard de THIONVILLE. Ces deux hôpitaux représentent le pôle Thionvillois du CHR METZ-THIONVILLE.

Les 3 services concernés sont le service d'accueil des urgences (SAU), le CIDDIST, et le service de santé au travail.

2 services sont exclus de l'étude : la gynécologie et la pédiatrie. (Cas exceptionnels pour la pédiatrie qui s'inscrivent dans un cadre médico-légal, et filière à part pour la gynécologie qui fonctionne via le planning familial).

Il s'agit d'une enquête rétrospective à partir des dossiers archivés dans ces services médicaux.

Les dossiers concernés couvrent une période étendue du 1/01/2010 jusqu'au 31/12/2010.

Il s'agit ensuite de les comparer au référentiel EPP de la SFLS (Société Française de Lutte contre le SIDA). Ce référentiel s'applique initialement à une COREVIH (Coordination Régionale de la lutte contre le Virus de L'Immunodéficience Humaine) et il est de ce fait parfois difficile de compléter certaines items.

Les dossiers sont recherchés manuellement aux archives de l'hôpital BEL-AIR pour le CIDDIST et informatiquement pour les 2 autres services.

- Les dossiers CIDDIST sont totalement manuscrits et archivés. Nous avons analysés toutes les consultations de l'année 2010 sans exception (primo consultants, contrôles biologique à 45 jours et à 3 mois).
- Les dossiers de la médecine du travail sont en partie informatisés (suivi biologique sur le logiciel CHIMED), le dossier clinique est sur papier. Le dossier médical est nominatif et retrace tout le suivi du consultant (première consultation et suivi biologique sur 6 mois maximum).

- Les dossiers du SAU sont complètement informatisés (logiciel RESURGENCE). Ils sont nominatifs et ne concernent que la consultation initiale.

Notre étude consiste en un audit clinique ciblé. Le but est de comparer les pratiques de l'hôpital public de THIONVILLE en matière de prise de charge d'AES à un référentiel d'experts nationaux de bonnes pratiques médicales.

L'audit clinique ciblé est selon la définition de la HAS une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles de première intention. La comparaison de pratiques cliniques à un référentiel admis de bonnes pratiques permet d'établir un diagnostic de la situation.

Une fois ce diagnostic établi la deuxième partie consiste à mettre en place des actions correctrices puis de les réévaluer dans un troisième temps.

Le référentiel se divise en 8 parties distinctes :

- Dispositif préalable,
- Consultation médicale initiale,
- Biologie initiale,
- Décision médicale,
- Dispensation,
- Suivi,
- Prise en charge financière,
- Confidentialité.

Ces 8 parties analysent le parcours complet d'un AES au sein du CIDDIST, du SAU ou du service de santé au travail.

Ces 8 parties se divisent elles-mêmes en sous catégories avec une référence de bonne pratique contenant plusieurs critères. Les critères de bonne pratique sont évalués par des indicateurs qui sont des questions fermées à réponse binaire (à renseigner par l'affirmative ou la négative) (annexe).

I. Dispositif préalable.

A. Prise en charge des AES

1. le CIDDIST coordonne la prise en charge des AES sur l'ensemble de son secteur

Existence d'un groupe de travail spécifique des AES au niveau du CHR et description des modalités.

Dans le cas du CIDDIST de THIONVILLE, il existe un groupe de travail représenté par les Dr TRUCHETET et MULLER, ainsi que par Mme WIEMAR, qui définit les modalités de dépistage des AES (horaire, lieux, mise en place de protocoles) ce groupe publie tous les ans un rapport d'activité.

Existence d'un rapport annuel du CHR sur le sujet et description des modalités.

Il existe peu de lien entre ces 3 acteurs, avec seulement une réunion annuelle entre ces 3 services. Lors de cette réunion les rapports d'activités annuel de chaque service sont analysés. Chaque service est libre de son protocole de prise en charge, et il n'y a pas de décision collégiale afin d'harmoniser la prise en charge des AES au sein du CHR. Ces constatations sont à nuancer par le fait qu'il est difficile de rassembler les acteurs et d'harmoniser les pratiques. Néanmoins, les mêmes règles et les mêmes traitements sont utilisés par tous, les kits d'ARV étant systématiquement préparés par la pharmacie de Bel Air.

Existence d'un recueil de données de l'activité AES à l'échelle du CHR et description des modalités.

Un recueil de données d'activité est publié par le CIDDIST de THIONVILLE tous les semestres, il renseigne l'organisation du CIDDIST, l'activité médicale, les actions extérieures, l'activité diagnostique et la performance.

Un recueil de données d'activité AES professionnels est également réalisé, il comptabilise tous les AES professionnels sur le site du CHR de THIONVILLE, il est publié par le service de médecine du travail, il renseigne le type d'AES, le grade de l'agent, la prescription d'un arrêt de travail. Ce groupe de travail est dirigé par Mme le Dr PAULY.

Il faut noter qu'il existe dans ce service un biais non pas de collecte des dossiers mais de recrutement. En effet seuls les AES déclarés par les agents en accident du travail sont analysés.

Concernant le SAU le dossier est informatisé (logiciel RESURGENCE), et il existe ici un important biais dans notre étude. En effet, les dossiers sont retrouvés à partir d'une recherche du « motif de consultation », cette rubrique n'étant pas systématiquement renseigné par le médecin/infirmière qui réalise la consultation. Notre étude répertorie uniquement les dossiers les mieux tenus à savoir 77 dossiers pour plus de 50 000 consultations sur l'année 2010. Il n'existe pas de rapport annuel de recueil d'activité AES.

Existence d'un répertoire des ressources de prise en charge des AES sur le secteur du CHR et description des modalités.

Le médecin référent AES est le dermatologue d'astreinte, joignable de n'importe quel service 7 jours/7, 24 h/24 par le standard téléphonique de l'Hôpital BEL-AIR.

2. L'hôpital évalue son activité dans le domaine de la prise en charge des AES

Relevé des EPP concernant la prise en charge des AES sur le secteur du CHR de Thionville.

Il n'existe pas de relevé des EPP concernant la prise en charge des AES à Thionville.

Existence d'une partie du rapport d'évaluation du CHR concernant la prise en charge des AES.

Là encore cette partie est incomplète, le rapport annuel ne renseigne que le nombre total de personnes traitées au sein du CIDDIST.

B. Modalités de prise en charge des AES

1. Un protocole est présent dans tous les services participant au dépistage des AES

Pourcentage des services disposant d'un protocole, jugé conforme aux bonnes pratiques.

Trois services sont concernés, le service d'accueil des urgences (SAU) qui assure une permanence de soins 24h/24, 7 jours sur 7, le service de médecine du travail et le service de dermatologie par l'intermédiaire de son CIDDIST.

Il existe un protocole de prise en charge dans ces services:

Le protocole du CIDDIST est mis en place par le groupe de travail dirigé par Dr Truchetet selon les recommandations HAS et le rapport Yeni 2010 (21).

Une grille d'aide décisionnelle pour instauration d'un traitement également tirée du rapport Yeni est utilisée (37).

Concernant la syphilis le référentiel utilisé est l'ouvrage de maladies infectieuses E.PILLY.

Les hépatites sont systématiquement redirigées vers le service d'hépto-gastro-entérologie dirigé par Dr TELLARROLI.

Au SAU il n'existe pas de réel protocole établi, un bilan biologique "standard AES" est couramment utilisé, comprenant les sérologies HIV 1 et 2, les sérologies hépatites B et C ainsi que le dosage des transaminases. Il est réalisé quasi systématiquement. Pour l'instauration d'un traitement le dermatologue d'astreinte est souvent sollicité.

Service de santé au travail : le référentiel utilisé est également le rapport YENI 2008 (puis le rapport 2010 depuis l'année 2011) pour le dépistage du VIH. Un recueil de données d'activité est également publié par le CIDDIST de THIONVILLE tous les semestres, il renseigne l'organisation du CIDDIST, l'activité médicale, les actions extérieures, l'activité diagnostique et la performance. Les patients présentant des sérologies positives sont redirigés soit sur le service de dermatologie pour le VIH, soit sur le service d'hépto-gastro-entérologie pour les hépatites.

Ces protocoles sont présents et accessibles par tout le personnel soignant dans ces services.

Existence d'un protocole à destination des professionnels hors hôpital.

Il n'existe pas de protocole à destination des professionnels hors hôpital, mais le CIDDIST coordonne et assure des actions « hors murs », 34 sur l'année 2010 (dont 4 campagnes auprès des professionnels de santé par le biais de l'association Espace Ressources).

C. Le CIDDIST s'assure de l'absence de disparité du dispositif de prise en charge des AES au sein de son territoire.

1. L'accès à un avis médical pour un AES sur le secteur du CIDDIST est permanent 24h/24 et 7j/7.

Existence d'une réponse téléphonique de premier niveau pour un AES 24h/24 et 7j/7, description des modalités.

L'accès à un avis médical est assuré au CIDDIST par un médecin dermatologue du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00 et le samedi de 8h00 à 12h00, une permanence est assurée au SAU de l'hôpital BEL-AIR de THIONVILLE 24h/24 et 7j/7. Systématiquement les personnes consultant au SAU et considérées comme à risque élevé de contamination (instauration d'un traitement par ARV) sont redirigés vers le service de dermatologie de l'hôpital BEAUREGARD aux heures d'ouverture du CIDDIST. Un dermatologue d'astreinte est joignable 24h/24 7j/7 pour un avis médical spécialisé.

Accès à une évaluation médicale simple permettant la délivrance d'un traitement d'urgence standard 24h/24 7j/7.

Dans tous les services un traitement par ARV peut être instauré après entretien médical et évaluation des risques. Le SAU assure la permanence des soins.

Le service de santé au travail présente une exception, les AES sont professionnels donc il n'y a pas d'autre traitement que les ARV qui y sont instaurés (via le CIDDIST ou le SAU).

2. L'accès aux ARV pour un AES sur le secteur du CIDDIST est permanent 24h/24 et 7j/7

Cet accès 24h/24 se fait via le SAU de l'hôpital BEL-AIR, les ARV sont gérés et délivrés par la pharmacie de l'hôpital BEL-AIR sous forme de kits.

Ces kits sont également disponibles au CIDDIST, ainsi qu'aux urgences gynécologiques.

3. Il existe une possibilité de recours à des tests sérodiagnostics rapides (38)

Ces tests sont disponibles au SAU ainsi qu'au CIDDIST (un tiers des services) ce qui assure une permanence 24h/24.

D. Cas complexes

1. Il existe un référencement secondaire pour des AES particuliers (enfants, obstétrique,...)

Les cas complexes ne sont pas étudiés, mais il existe une procédure spécifique en cas de viol, le service de gynécologie est systématiquement prévenu et le patient est examiné par un médecin sénior afin d'établir un certificat circonstancié.

E. le CIDDIST est capable d'estimer l'activité d'AES sur son territoire

1. Il existe un recueil par le CIDDIST des AES sur son territoire.

Total des AES toutes causes et par principales causes, pourcentage des services concourant au recueil.

Les 2 services de médecine du travail et le CIDDIST recueillent dans leurs rapports annuels le nombre total d'AES toutes causes confondues. Seule la médecine du travail est capable de préciser les causes d'AES (100% des AES sont liés dans ce cas à un accident du travail) de manière précise: piqure, projection, souillure...

Concernant le CIDDIST il n'y a pas de précision dans le rapport annuel, néanmoins les causes d'AES sont précisées lors de l'interrogatoire médical.

Le SAU ne concourt pas au recueil des données.

Au total deux tiers des services concourent au recueil des données (Total des AES ? Etiologie des AES...)

2. L'activité de prise en charge par la médecine du travail pour les AES du personnel de l'établissement est quantifiée.

Le rapport annuel de la médecine du travail précise le nombre d'accident du travail et le nombre de prises en charge chez les soignants. Il y a eu 66 AEV sur l'année 2010.

Il existe un programme de réduction des risques d'AES. Les agents concernés par un AES sont vus en entretien avec un médecin afin de déterminer la cause de l'accident, puis des actions au sein des services et de la pharmacie sont réalisées : Mise en évidence des horaires

les plus à risque d'accidents (début ou fin de poste), situations de stress (manque de personnel, forte charge de travail), matériel défectueux (stylo à insuline, aiguilles sécurisées pour injections sous-cutanées...)

F. Le CIDDIST favorise une prise en charge coordonnée des AES.

1. Les différents services impliqués dans la prise en charge des AES ont établi des procédures concertées.

Pourcentage de services disposant d'un répertoire des ressources en matière d'AES et description des modalités.

Les services de santé au travail, le SAU et le CIDDIST disposent d'un accès direct au laboratoire (pour la réalisation des sérologies) et aux traitements (Kits ARV sauf pour le service de santé au travail). Le médecin référent est accessible en permanence par le standard de l'hôpital.

La procédure de prise en charge des AES est retrouvée dans les différentes structures et archivée par le CIDDIST : SAU, CIDDIST, centre de soins dentaire, médecine du travail, gynécologie, pédiatrie, laboratoire de microbiologie, pharmacie.

Dans ces différents services seuls le SAU, la médecine du travail, la gynécologie et le CIDDIST possèdent une procédure de prise en charge des AES. Comme nous l'avons vu les procédures sont différentes d'un service à l'autre et il n'y a pas de coordination entre ces différents acteurs dans la prise en charge des AES.

Le laboratoire de microbiologie utilise une procédure de prise en charge rapide des bilans virologiques provenant du SAU, du CIDDIST, des urgences gynécologiques, de la médecine du travail. Cette procédure permet également de préserver l'anonymat du consultant CIDDIST.

La pharmacie possède une procédure de délivrance des ARV (kits standard et spéciaux).

II. Consultation médicale initiale.

A. L'information nécessaire à la prise en charge du patient est recueillie.

1. Chaque prise en charge d'AES bénéficie d'un dossier permettant la traçabilité et le chaînage de la prise en charge.

Il existe un dossier AES au nom de la personne exposée et retraçant la prise en charge initiale.

Chaque consultant bénéficie d'un dossier AES nominatif dans les services de médecine du travail et au SAU.

Au CIDDIST la consultation est anonyme avec un numéro d'anonymat unique. Ce numéro est attribué de la manière suivante : T pour "THIONVILLE" ou M pour "METZ" puis le numéro à 4 chiffres qui est délivré par ordre de consultation, par exemple les numéros d'anonymat pour l'année 2010 sur Thionville vont de T 9131 à T 9835.

Lorsque le patient consulte pour une deuxième sérologie (contrôle à J 45 par exemple), il lui est attribué un nouveau numéro d'anonymat, son premier dossier n'est donc pas rattaché au suivant.

Le consultant peut faire l'objet d'une levée d'anonymat en cas d'instauration d'un traitement, dans ce cas le dossier devient nominatif. Un suivi peut être débuté au CIDDIST ou au service de Dermatologie de l'Hôpital BEAUREGARD de THIONVILLE.

Au CIDDIST sur l'année 2010 se sont présentés 704 consultants. 688 consultations ont débouché sur l'élaboration d'un dossier médical. 1314 consultations ont été réalisées au total (consultations initiales et remises de résultats). 62 personnes n'ont pas récupéré leurs résultats.

Au service santé au travail sur l'année 2010, 66 consultations ont été réalisées avec ouverture d'un dossier nominatif pour un suivi allant de 3 à 6 mois.

Au SAU sur l'année 2010 seulement 77 dossiers sont suffisamment renseignés pour entrer dans notre étude.

2. Les informations complémentaires nécessaires à la prise en charge sont connues.

Pourcentage de renseignements relatifs à l'existence ou l'absence de vaccination anti HBV, d'une contraception chez les femmes en âge de procréer.

- **Tous les dossiers CIDDIST** possèdent une rubrique à renseigner sur la vaccination anti VHB, cette rubrique doit systématiquement être renseignée (oui/ non / ne sait pas).

En pratique sur l'année 2010, 704 consultants ont un dossier anonyme, (688 consultations médicales et 16 avis qui ont débouché sur l'ouverture d'un dossier) à cela il faut rajouter 45 avis téléphoniques sans ouverture de dossier.

659 dossiers soit 94 % étaient renseignés sur la vaccination anti hépatite B.

Il existe 3 rubriques : oui/non/ne sait pas. Il ressort d'emblée que 40 % de la population des consultants ne connaît pas son statut vaccinal (276 consultants sur 704). A cela il faut ajouter les « erreurs », certaines personnes affirmant ne pas être vaccinées avec un taux d'anticorps anti HBs > 10 UI (faux positifs, vaccination efficace, hépatite guérie?) et inversement.

Devant l'impossibilité de vérifier réellement le statut vaccinal nous n'avons pas fait de distinguo dans la rubrique oui/non. 383 personnes sur 704 affirment connaître leur statut vaccinal.

45 dossiers ne sont pas renseignés (schéma 6).

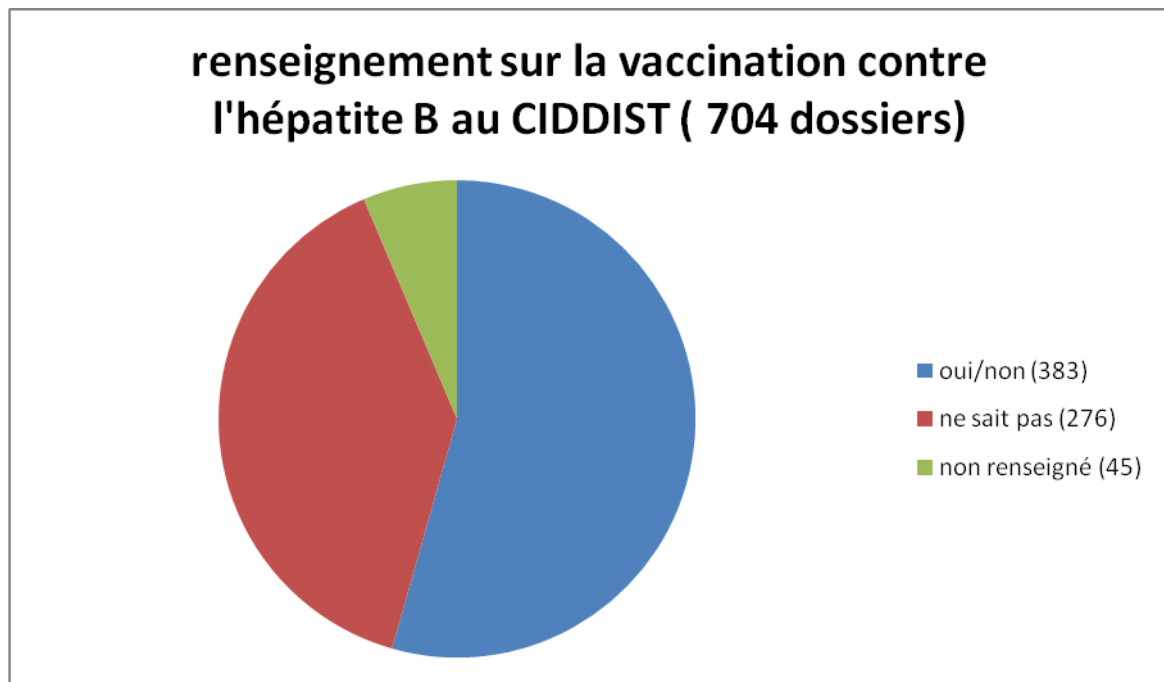


Schéma 6: Renseignement des dossiers CIDDIST sur la vaccination contre l'hépatite B

Il existe dans la consultation type une rubrique « mode de contraception » depuis le 1/06/2010.

Le mode de contraception est renseigné dans 102 dossiers (avec une très forte prédominance pour les dossiers à partir du 1 juin) sur les 278 dossiers "femme" depuis le début de l'année, soit 37 % des dossiers concernant des femmes.

Il existe également une rubrique papillomavirus renseignée quant à elle à seulement 36 reprises dans les dossiers "femme" et 4 reprises dans les dossiers "homme"

- **Au service de santé au travail** : les 66 dossiers sont renseignés concernant la vaccination anti hépatite B. Seulement 5 personnes ne connaissent pas leur statut vaccinal, les 61 autres assurent être vaccinées.

43 personnes sont sûres de leur statut et déclarent un taux d'AC anti HBs > 10 UI.

Aucun dossier ne fait état d'une contraception efficace chez les femmes en âge de procréer.

- **Au SAU** : aucun dossier sur les 77 ne fait état d'une éventuelle vaccination anti hépatite B. Trois dossiers sont renseignés concernant le mode de contraception.

3. En cas de situation médico-légale, la coordination avec les instances compétentes est assurée.

Seuls les dossiers du CIDDIST, du SAU et de la Gynécologie sont concernés par ces consultations. Les dossiers sont systématiquement renseignés dans le cadre d'une procédure juridique. Un examen auprès d'un médecin expert est systématiquement réalisé, il peut également s'ensuivre une consultation spécialisée selon les besoins (psychologue,...). Il n'y a pas eu de tel cas sur l'année 2010.

4. Renseignement des facteurs de risque propres à l'accident.

Toute consultation au CIDDIST débouche sur une consultation médicale initiale assurée par un médecin sénior ou un interne en médecine, pour évaluer au mieux les facteurs de risque.

Au cours de cet entretien sont renseignés sur la fiche d'accueil CIDDIST (dossier médical anonyme) une rubrique nommée " la situation à risque ou la raison de la demande", y figure également la date du rapport à risque et/ ou de l'accident. Ces rubriques sont des champs obligatoires de la consultation.

Il n'y a pas d'item précis comme cités dans le référentiel (*rapport non protégé, traumatique, type de rapport...*).

Sur les 704 dossiers seulement 22 ne sont pas renseignés concernant la rubrique "situation à risque", correspondant donc à 97 % de dossiers renseignés.

De cette consultation débouchent systématiquement des conseils pour limiter le risque de récurrence.

- **au service de santé au travail** : Les causes de l'accident sont très détaillées (horaires, type de soins, piqure, coupure, projections, liquide biologique incriminé) afin d'y apporter des mesures correctrices concrètes. Les 66 dossiers sont complets (100% de renseignement).
- **Au SAU** : Dans tous les dossiers figurent un motif de consultation plus ou moins précis.
Il s'agit dans 69 cas d'AES professionnels bien détaillés (type de piqure, coupures ...), les 8 AES sexuels sont également détaillés (type de rapport, protégé ou non ...) soit un taux également de 100 %.

Ce résultat est toutefois à nuancer du fait du biais de sélection des dossiers (dossiers remplis les plus consciencieusement!)

5. Prise en compte du statut sérologique du partenaire ou du sujet source dans l'évaluation.

- **AU CIDDIST** : Renseignement des dossiers en pourcentage sur l'année 2010 :

VIH connu : 2 dossiers (un patient qui connaissait son statut car suivi au LUXEMBOURG et un partenaire de patient séropositif au VIH).

Découverte de séropositivité au VIH : 7 cas, soit environ 1 % des consultants et des sérologies VIH réalisées.

- **Au service santé au travail** : 2 accidents du travail sur des patients sources séropositifs au VIH, un accident avec TDR douteux sur patient source (infirmé par plus tard par technique ELISA).
- **Au SAU** : un AES professionnel avec patient source séropositif au VIH (passé ensuite dans les deux autres services).

.

Tous ont bénéficié d'un suivi au service de dermatologie de l'Hôpital BEAUREGARD, avec ou sans traitement post- exposition (TPE).

B. Prise en compte du risque infectieux autre.

1. Prescription initiale de sérologies HVB, HVC, syphilis.

« Pourcentage de sérologies prescrites ou jugées non nécessaires : 1°) HVB 2°) HVC 3°) syphilis » :

Pour le CIDDIST :

Sur 704 dossiers en 2010 :

- 612 sérologies HBV (Ac anti HBs) réalisées soit 88 % des dossiers et 495 sérologies Ag HBs soit 70 % des dossiers.
- 430 sérologies HVC réalisées soit 61 % des dossiers.
- 661 sérologies HIV réalisées soit 94 % des dossiers.
- 195 sérologies Syphilis réalisées soit 28 % des dossiers.

Résultats positifs du CIDDIST (schéma 7):

Sérologies VIH : 7 (5 hommes et 2 femmes)

Sérologies hépatites B : 3

Sérologies hépatites C : 4

Sérologies syphilis : 15 (15 hommes).

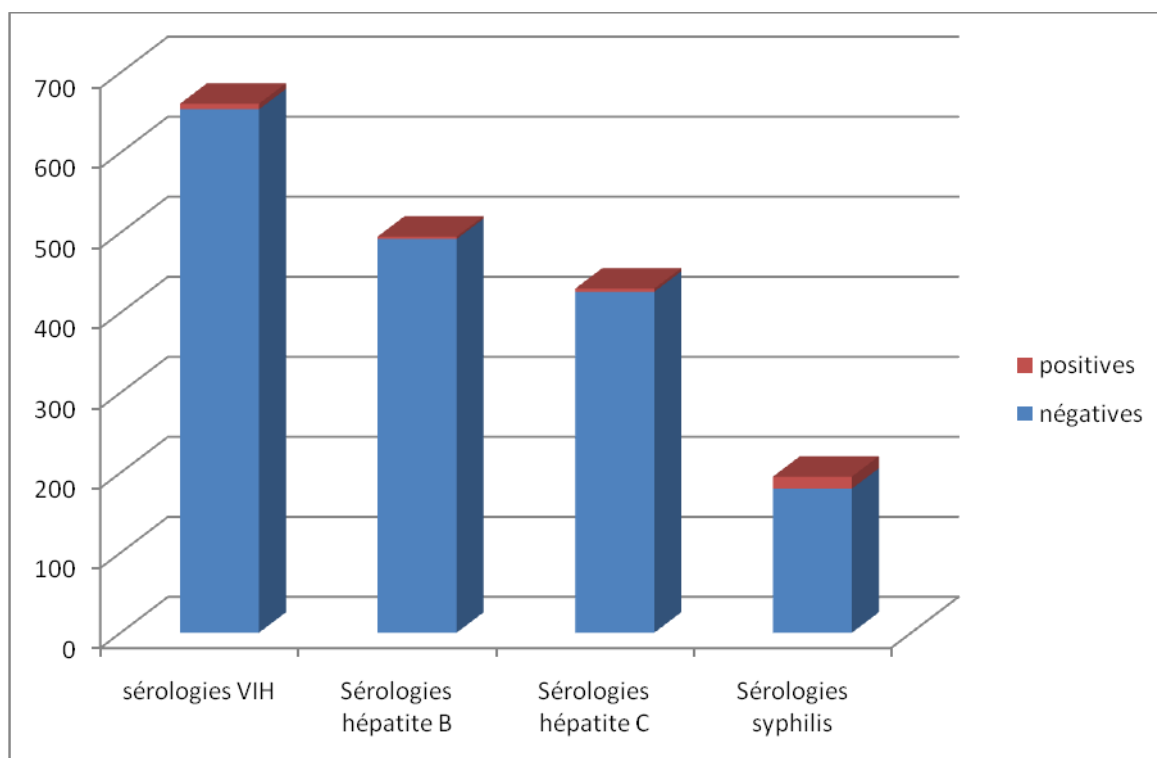


Schéma 7 : Résultats des sérologies prescrites sur l'année 2010 au CIDDIST de THIONVILLE.

Pour le service santé au travail

Sur 66 AES pour 2010 on compte 32 consultations initiales au service de santé au travail, 29 au SAU, 4 au CIDDIST, et une dans le service source de l'AES (situé dans un hôpital hors CHR).

Concernant les prescriptions biologiques initiales, 54 ont été prescrites à la médecine du travail (dont 22 biologies Jo faites à la médecine du travail malgré un passage initial au SAU ou dans un autre service).

7 biologies Jo ont été réalisées au SAU (service d'accueil des urgences), 4 au CIDDIST de THIONVILLE, 1 dans le service source de l'AES.

	Consultation initiale (JO)	Biologie initiale (Jo)
Service santé au travail	32	54
SAU	29	7
CIDDIST	4	4
Service hors CHR	1	1
TOTAL	66	66

Schéma 8 : Consultations et prescriptions biologiques initiales dans le cadre du suivi des AES professionnels .

Concernant les 54 sérologies initiales réalisées au service santé au travail :

- 54 sérologies HIV réalisées soit 100% des dossiers.
- 23 sérologies HBV (AC anti HBs) réalisées soit 43% des dossiers et 5 sérologies Ag HBs soit 9 % des dossiers.
- 41 sérologies HVC réalisées soit 76 % des dossiers
- 41 transaminases dosées soit 76 % des dossiers.
- 0 sérologie syphilis.
- 2 tests de sérodiagnostic rapide.

Quelques données explicatives :

Le dossier AES de la médecine du travail est structuré sur la prise en charge du sujet « accidenté » mais également sur le patient source.

Seulement une consultation sur deux aboutit à la prescription d'un dosage d'Ac anti HBs, cela s'explique par l'obligation de vaccination de la population hospitalière et d'une meilleure connaissance des statuts vaccinaux des salariés.

En effet seulement 54 % des consultants « CIDDIST » connaissent leur statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B.

Pour le SAU :

Sur 77 dossiers retracés on relève :

48 bilans standards réalisés, ce bilan comporte une sérologie HIV, hépatite B et hépatite C, ainsi qu'un dosage des transaminases.

En plus de ces 48 bilans standards on compte 4 sérologies HIV, Hépatite B et C.

2. Des informations de prévention sont délivrées au patient quelle que soit l'issue de la consultation.

Concernant le CIDDIST nous l'avons vu précédemment, toute consultation médicale débouche sur un entretien, y compris les consultations téléphoniques.

En 2010, 45 consultations se sont déroulées par téléphone et n'ont abouti qu'à un conseil médical.

Concernant la médecine du travail, ce service a un rôle de prévention dans les AES professionnels, il en assure le suivi mais met également en place des améliorations au sein des différents services de l'hôpital pour limiter le nombre d'accidents. Cela se fait grâce à un interrogatoire précis lors de la consultation initiale, détaillant les raisons de l'accident (état de fatigue de l'agent, stress, début ou fin de poste, conditions de sécurité remplies ...).

Concernant le SAU les consultants sont systématiquement redirigés vers une consultation spécialisée (CIDDIST pour les AEV sexuels, médecine du travail pour les AES professionnels).

Pour le service de gynécologie la prévention concerne les MST mais aussi les différents moyens de protection et de contraception.

III. Biologie initiale.

A. Le bilan initial est effectué auprès du sujet exposé.

1. une prescription de VIH à réaliser dans un délai maximum de 7 jours.

Taux de réalisation sérologie VIH parmi celles jugées nécessaires (recueil à partir du dossier).

- **CIDDIST** : comme nous l'avons vu précédemment, 661 sérologies VIH ont été prescrites pour 704 dossiers de consultations. Tous les consultants sont prélevés sur place, les prélèvements sont envoyés sur l'hôpital BEL-AIR. Parmi tous les consultants 3 tests de diagnostic rapide ont été réalisés sur place.
- **Médecine du travail** : on relève la réalisation de 54 sérologies VIH. Parmi ces 54 patients, 2 ont bénéficié d'un TDR.
22 sérologies ont été réalisées au service de médecine du travail alors que la première consultation a eu lieu au SAU, toutes ont été faites dans un délai de 48 heures suivant l'accident.
- **SAU** : 52 sérologies VIH ont été prescrites sur 77 dossiers, 22 ont été réorientés vers la médecine du travail sans bilan biologique.

Sur les 22 personnes réorientées sans bilan vers la médecine du travail, 13 avaient vu un TDR réalisé sur le patient source, 9 étaient réorientées sans bilan ni TDR. 19 TDR réalisés au total sur les 77 AES.

7 consultants ont été réorientés vers le service de santé au travail avec un bilan biologique, et 5 ont été réorientés vers le CIDDIST avec un bilan biologique (dont 3 avec un traitement par ARV débuté).

Trois personnes n'ont eu ni bilan ni réorientation.



Schéma 9: Réorientation des consultants du SAU de l'Hôpital BEL-AIR sur l'année 2010.

2. Réalisation des sérologies des autres infections majeures jugées nécessaires

Taux de réalisation des sérologies HVB, HVC & Σ parmi celles jugées nécessaires (recueil à partir du dossier).

- **CIDDIST**: 612 sérologies HBV soit 88 % des dossiers.
430 sérologies HVC soit 61 % des dossiers.
162 PCR Chlamydia soit 23 % des dossiers.
195 sérologies Syphilis soit 28 % des dossiers.
11 PCR Gonocoque (prélèvements urétral et gorge) soit 1.5%.
- **Médecine du travail** : 23 sérologies HBV soit 43 % des dossiers.
41 sérologies HVC soit 76 % des dossiers.
- **SAU** : 52 sérologies HBV soit 67 % des dossiers.
52 sérologies HVC soit 67 % des dossiers.

B. Il existe un dispositif de recours au test diagnostic rapide.

1. Un test sérologique VIH rapide (accès et résultat disponible en moins de 2 h) est disponible pour l'équipe assurant la prise en charge des sujets source.

Pourcentage des établissements de soins participant à la prise en charge des AES de 1^{er} niveau réalisant des tests sérodiagnostics VIH rapide 24h/24 & 7j/7.

A l'échelle du CHR les services concourants à la prise en charge des AES réalisent des tests sérodiagnostic rapide. Le CIDDIST, le SAU, la gynécologie les réalisent au sein du service, la médecine du travail le fait par le biais du SAU. 100% des services le font sur le CHR.

C. En cas de traitement, un bilan pré thérapeutique est effectué

1. Un bilan biologique standard est réalisé

Taux de réalisation (avec résultats dans le dossier) de NFS, ionogramme, Transaminases.

- **Au CIDDIST**: Le bilan biologique standard est réalisé uniquement en cas de traitement par ARV ou de diagnostic positif aux hépatites, 32 bilans complets ont été réalisés (hémogramme, ionogramme, bilan hépatique, créatinine).
- **Au SAU** : On relève 48 bilans standards comportant un bilan hépatique en plus des sérologies HIV, hépatite B et hépatite C.
- **Au service de santé au travail** : 40 dosages de transaminases ont été réalisés.

2. Un bilan spécifique complémentaire est réalisé si nécessaire.

Réalisation d'examens biologiques complémentaires, selon la nature du traitement.

- **Au CIDDIST** : On relève 5 ECBU, un prélèvement vaginal à la recherche de Trichomonas, 2 prélèvements Herpes (HSV 1 et 2) sur vésicules (PCR), et 11 PCR Gonocoques (génital et ORL).
- **Au SAU** 3 QUICK TEST tétanos, 2 dosages de protéine C réactive (PCR).
- **Au service de santé au travail** : Il n'y a pas eu d'examen complémentaire réalisé.

3. Recherche systématique d'une grossesse.

Taux de β hcG chez les femmes en âge de procréer.

- Au CIDDIST : 2 dosages réalisés.
- Au SAU : 6 dosages réalisés sur 53 dossiers patientes.
- Au service de santé au travail : aucun dosage.

IV. Décision Médicale.

A. Aide à la décision médicale.

1. Existence d'un protocole de prise en charge selon les recommandations en vigueur ou d'une grille d'aide à la prescription.

Taux de conformité des décisions et prescriptions au protocole (non conformité systématique en cas d'absence de protocole).

- Au CIDDIST : Il existe un protocole de prise en charge (rapport YENI 2008) et d'aide décisionnel (37). (annexe).

Le traitement prophylactique est l'association **TRUVADA**®/ **KALETRA**® pour les adultes (inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et antiprotéase) (4).

Pour les femmes enceintes et les insuffisants rénaux l'association **KALETRA**®/ **COMBIVIR**® est utilisée. Le protocole utilisé est identique à celui de la médecine du travail.

- Au service de santé au travail : La même grille décisionnelle tirée du rapport YENI 2008 est utilisée.

- **Au SAU** : il n'existe pas de grille d'aide à la décision. Le dermatologue de garde est dans la majeure partie des cas appelé en cas de mise en route d'un traitement prophylactique, c'est la même association qui est délivrée en cas de traitement.

25 traitements par ARV ont été instaurés sur l'année 2010. 4 personnes n'ont reçu que 2 jours de traitements (Non indication de traitement, tous venant du SAU où un kit leur avait été délivré), 3 ne sont pas revenus pour leurs suivis , et un n'a eu que 4 jours de traitements . Les 17 autres consultants ont poursuivi leur traitement. Le taux de conformité des prescriptions est de 84%.

2. La prise en charge du risque d'HBV est effective.

Taux de prescription d'Ac anti HVB lorsque nécessaire.

Taux de vaccination anti HBV lorsque nécessaire.

- **Au CIDDIST** : Le taux de prescription des AC anti HVB est de 612 pour 704 patients.

Taux de renseignement des vaccinations :

- 276 statuts inconnus du consultant.
- 45 non renseignés dans le dossier médical.
- 383 statuts renseignés par le consultant (oui/non).

Sur 704 consultations seulement 92 patients ne bénéficieront pas de la réalisation d'une sérologie AC antiHBs : Il s'agit en très grande majorité de cas de deuxième consultation à 3 mois avec Ac anti HBs > 10 UI lors du premier contrôle chez des patients sûrs de leur statut. Seul 16 consultants n'auront aucune sérologie hépatite B réalisée (16 avis avec ouverture de dossier sans biologie prélevée).

Nb : Malgré le renseignement de 383 dossiers il y a eu 495 sérologies Ag HBs réalisées, cela s'explique par le fait que ces statuts vaccinaux ne sont pas sûrs.

Il existe en effet beaucoup de discordances entre le statut vaccinal présumé et les taux d'Ac anti HBs réels. De plus on note que seuls 76 patients ne bénéficient pas d'un deuxième dosage Ac anti-HBs lors d'une deuxième consultation.

Sur l'année 2010, 5 vaccinations anti hépatite B sont réalisées, cette information est tronquée en raison d'une étude proposant une vaccination chez les consultants CIDDIST (étude GENOVAC).

De manière plus générale chaque sérologie Ac anti HBS avec un taux $<10\text{UI}$ débouche sur un entretien lors de la remise des résultats. Le médecin référent conseille systématiquement de consulter auprès du médecin généraliste pour une éventuelle vaccination. Des informations sont également données sur le vaccin (le spectre de la sclérose en plaque est encore très présent dans la population).

- **A la médecine du travail** : Au total on compte la réalisation de 23 sérologies Ac anti HBs pour 54 bilans initiaux. Sur ces 23 sérologies seulement 5 sérologies Ag HBs sont demandées, ce qui s'explique par une meilleure connaissance du statut vaccinal (population de professionnels suivie par ce même service) et du statut sérologique (Ac anti HBs $> 10\text{UI}$).

Aucune vaccination n'aura lieu.

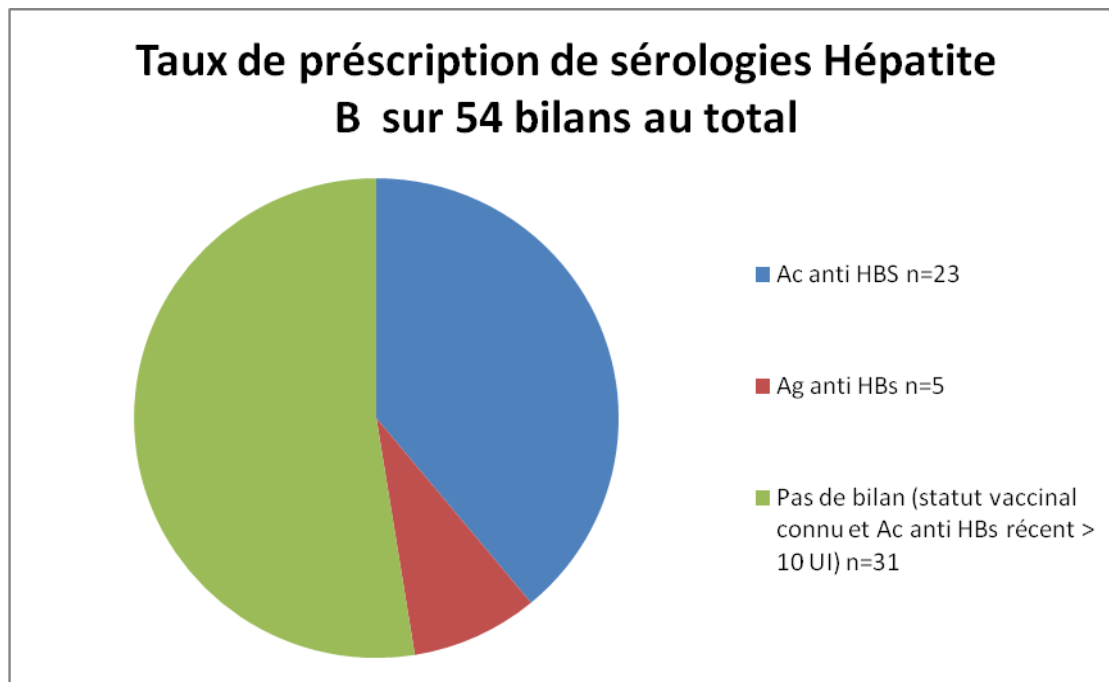


Schéma 10: Taux de prescription de sérologies hépatite B au service de santé au travail sur l'année 2010.

- **Au SAU :** Sur 52 bilans sanguin, réalisation de 52 dosages des Ac anti HBS.

Malgré la majorité d'AEV professionnels (69 sur 77 consultations) les Ac anti Hbs sont demandés de manière systématique, et il n'y a trace de connaissance du statut vaccinal dans aucun dossier (0/77).

V. Dispensation.

Cette partie de l'interrogatoire est réalisé avec Mme le Dr Cahard pharmacienne responsable des ARV sur le CHR de Thionville.

A. La disponibilité des ARV recommandés est garantie.

1. Les ARV recommandés sont disponibles 24h / 24h 7j/7

Présence des ARV recommandés dans un emplacement dédié sécurisé (pharmacie et/ou urgences) ou par délégation (avec convention) dans un établissement proche.

Il existe différents kits :

- **TRUVADA® / KALETRA®** : Présence de 2 kits au SAU, 3 kits au CIDDIST, 2 kits aux Urgences gynécologique et obstétrique (UGO).

- **KALETRA® / COMBIVIR®** : 1 kit aux UGO pour des cas concernant la femme enceinte ou le patient insuffisant rénal.

Ces kits sont préparés selon les recommandations du rapport YENI (39).

2. Les ARV recommandés sont stockés et conditionnés selon les recommandations de Bonnes Pratiques.

L'étiquetage des ARV est conforme à la réglementation (kits ou stock pharmacie).

Les kits sont conditionnés pour 72 heures de traitement à la pharmacie, les numéros de lots ainsi que les dates de péremption sont retranscrits sur l'ordonnance nominative ainsi que sur les plaquettes reconditionnées de médicaments. L'ordonnance est retournée à la pharmacie et stockée.

Il existe une procédure de suivi des dates de péremption des ARV pour AES.

Le suivi des dates de péremption est assuré par les services détenteurs des kits. Ces kits doivent être stockés dans l'armoire à pharmacie sous clef.

Comme tout autre médicament la pharmacie opère des contrôles de stock dans l'armoire, les lots ne sont donc contrôlés par la pharmacie que s'ils se trouvent effectivement rangés à leurs places.

B. Les conditions d'accès les modalités de prescription, de dispensation et d'administration sont établies.

1. Le choix du circuit des ARV pour la personne exposée est clairement établi, selon le fonctionnement de l'établissement.

Il existe une procédure décrivant le circuit thérapeutique pour toutes les situations (dispensation pharmaceutique effective, mise à disposition de kits en dehors d'une pharmacie ou orientation vers un autre établissement désigné).

Il n'existe pas de procédure écrite du parcours thérapeutique, néanmoins celui-ci est établi avec la pharmacie : mise à disposition des kits AES dans les différents services y compris les kits spéciaux (femmes enceintes, insuffisants rénaux). Ces kits sont conçus pour 72 heures de traitement.

Le praticien qui délivre ce kit remet également une convocation pour une consultation de suivi au CIDDIST (service référent AEV) où sera décidé de reconduire ou non le traitement.

Il existe une situation à part pour les kits pédiatriques qui sont stockés à la pharmacie de l'hôpital Bel-Air. Ils sont remis par le pharmacien de garde et non par le praticien pédiatre.

2. Les procédures de prescription des ARV dans le cadre des AES sont établies.

Il existe une procédure décrivant les modalités de prescription, notamment la qualité des prescripteurs, la nature du support de prescription, les modalités de rédaction, les modalités de contact du référent.

Là encore il n'existe pas de procédure écrite, mais toutes ces informations figurent sur l'ordonnance nominative des 72 premières heures (ordonnance pré-remplie en pièce jointe), il y figure le nom et la fonction du prescripteur, et les modalités de prescription (la durée de traitement, la posologie).

Cette modalité de traitement peut être biaisée, par exemple par l'absence d'ordonnance (délivrance du kit par le service consulté sans retour d'ordonnance à la pharmacie).

La durée de prescription et de dispensation est décrite dans la procédure.

En l'absence de procédure il n'y a pas de durée de traitement établie, celle-ci est décidée par le médecin dermatologue du CIDDIST.

La durée maximale de prescription de 28 jours est, si besoin, fractionnée dès l'initiation du traitement en périodes de 3 à 7 ou 14 jours, dans l'objectif d'optimiser le suivi et l'observance.

Sauf spécification sur l'ordonnance la délivrance se fait pour 28 jours, en pratique il n'y a pas eu de cas de fractionnement de traitement sur l'année 2010.

3. Le délai entre la prescription et l'administration des ARV est optimisé et inférieur à 1 heure.

L'heure de prescription et l'heure d'administration sont notées sur la prescription.

Celles-ci n'y figurent pas dans les cas relevés dans notre étude.

4. Si la dispensation a lieu à la pharmacie de l'établissement, la prescription fait l'objet d'une analyse pharmaceutique complète.

Non applicable à la pharmacie de Bel-Air, car il n'y a pas de délivrance directe de la part des pharmaciens aux patients. La cohérence et l'adéquation aux recommandations (doses, interactions) sont vérifiées par le médecin prescripteur.

Malgré tout une procédure existe en cas de délivrance de kits pédiatrique.

5. Les démarches administratives ne font pas obstacle à l'obtention des médicaments antirétroviraux en cas de prescription de ceux-ci par le médecin assurant la prise en charge initiale.

Protocole de remise des ARV garantissant leur remise et leur gratuité quel que soit le statut du sujet exposé.

Les kits sont remis directement aux patients. Il existe une procédure de lever d'anonymat par l'Arrêté du 8 juillet 2010 (36) pour les patients venant du CIDDIST, et aucune avance de trésorerie n'est à effectuer.

C. Assurer l'information du patient sur les modalités de prise des médicaments antirétroviraux, par la personne qui délivre, dans et en dehors des pharmacies.

1. Si la dispensation a lieu à la pharmacie de l'établissement, elle respecte les bonnes pratiques de dispensation.

Non applicable en l'absence de délivrance directe sur l'hôpital Bel Air.

2. Si la délivrance et l'administration des ARV sont réalisées à partir de kits disponibles dans des lieux déterminés, hors pharmacie, les conditions de conservation et de délivrance font l'objet d'une procédure.

Il existe une procédure de délivrance et d'administration des ARV sur le site de stockage des kits d'ARV et validée par le pharmacien.

Il n'existe pas de procédures spécifiques dans les différents services de l'hôpital.

Il n'existe qu'un protocole pédiatrique qui rappelle les conditions de conservation, les doses-poids ... car ces kits sont gardés à la pharmacie de BEL-AIR.

3. Les informations concernant les interactions médicamenteuses éventuelles sont proposées au patient, selon le traitement antirétroviral proposé.

Analyse des documents remis. Formation et supports utilisés par les personnels de la pharmacie et par ceux délivrant hors pharmacie (kits d'urgence pré-positionnés).

Deux feuilles de conseils concernant le COMBIVIR® et le KALETRA® sont remises aux patients (cf annexe).

VI. Suivi

A. Assurer l'information du patient sur la nécessité d'un suivi

1. Des informations concernant la nécessité d'un suivi en consultation spécialisée sont proposées aux consultants pour tous les AES traités ou non.

Nature des documents remis aux patients et taux de remise des documents.

- **Au CIDDIST** : les informations concernant le suivi sont données oralement, en effet les consultations sont anonymes, le suivi se fait sur 45 jours ou 3 mois.

Le carton d'anonymat comporte le numéro de la consultation mais également le numéro de téléphone du service.

Les informations concernant le traitement sont remises uniquement en cas de traitement (voir en annexe le document concernant le traitement remis par la

pharmacie dans le Kit ARV et le calendrier de suivi biologique remis par le CIDDIST).

- **Au service santé au travail** : Le suivi est nominatif. Un calendrier de suivi biologique est remis au consultant, il est également convoqué par téléphone par le service en cas de non présentation.

Le document sur le traitement est également remis par la pharmacie de l'hôpital

- **Au SAU** : Le consultant reçoit les coordonnées du service de Dermatologie pour une consultation spécialisée.

Le taux de remise des coordonnées n'apparaît pas dans le dossier RESURGENCE. Il existe manifestement des « perdus de vue » entre le service des urgences et le service de santé au travail ou le CIDDIST (69 consultants pour AES professionnels et seulement 29 qui se sont présentés au service de santé au travail).

Les informations concernant le traitement sont également remises par la pharmacie via le Kit ARV.

2. La personne exposée dispose des coordonnées d'un médecin (ou d'une structure) référent pour pouvoir l'appeler en cas de problème

Le document qui est systématiquement remis à tout consultant pour AES comporte les coordonnées d'un médecin référent (ou de son service).

- **Au CIDDIST** : Le carton d'anonymat qui est remis au consultant comporte le numéro du centre de dépistage, un médecin référent y est joignable les jours ouvrables de 8h00 à 17h00. Les patients dont les sérologies sont positives aux hépatites B ou C sont redirigées vers le service d'hépto-gastro-entérologie de l'hôpital BEL-AIR avec un courrier nominatif de la part du dermatologue. Il existe un lever d'anonymat dans tous les cas.
- **Au service santé au travail** : Le service assure le suivi des AES professionnels. En cas de traitement ou de nécessité d'un suivi spécialisé, le service s'occupe de prendre rendez-vous avec le service spécialisé (CIDDIST ou service d'hépto-gastro - entérologie).
- **Au SAU** : Les consultants sont convoqués également dans les services spécialisés (médecine du travail pour les AES professionnels ou CIDDIST pour les AES sexuels). Le nombre de personnes convoquées n'apparaît pas les dossiers RESURGENCE.

B. Assurer la continuité du suivi de tous les patients.

1. Un contrôle sérologique VIH a été prescrit pour être réalisé à 3 mois après l'AES (patient non traité) ou 3 mois après la fin du traitement

Pourcentage de patients ayant dans le dossier un double de la prescription de sérologie à effectuer à la bonne date.

- **Au CIDDIST** : Item non applicable, les dossiers sont anonymes, aucune prescription nominative ne peut être délivrée, les consultants sont invités à se présenter 3 mois plus tard, leurs noms ne pouvant apparaître sur un planning de consultation.
- **Au service santé au travail** : Les consultants sont convoqués (oralement et par téléphone en cas d'oubli) pour réaliser le bilan biologique sur place.
- **Au SAU** : Les consultants se voient remettre les coordonnées du CIDDIST ou du service santé au travail, pour le contrôle à 3 mois. Ces éléments ne figurent néanmoins pas par écrit dans les 77 dossiers étudiés.

C. Assurer la continuité du suivi des patients traités.

1. Le suivi clinique et biologique du traitement post exposition est programmé.

Pourcentage de patients ayant un traitement post exposition pour lequel est remis un programme de surveillance biologique et clinique.

- **Au CIDDIST** : Il y a eu 25 traitements par ARV instaurés ou poursuivis. Pour les 25 traitements, tous les patients concernés ont reçu le document explicatif du traitement ainsi que le calendrier de surveillance biologique selon les recommandations du rapport Yeni (40). Parmi ces 25 patients, 17 ont bénéficié d'un traitement d'une durée de 28 jours, 1 patient n'a reçu que 4 jours de traitement (arrêt de lui-même en raison d'une mauvaise tolérance clinique confirmée par le bilan biologique), 4 patients un traitement de 2 jours (mauvaise indication de traitement, 4 patients venant du SAU). 3 patients ont été perdus de vue.

A cela, nous pouvons ajouter 47 traitements autres :

1. Chlamydiae : 21 consultants traités par Azithromycine en une prise unique.
 2. Gonocoque : 11 consultants traités par association Ceftriaxone/Azithromycine en une prise unique.
 3. Syphilis : 15 consultants traités par injection d'Extencilline intramusculaire (entre 1 et 3 injections), patients reconvoqués pour contrôles sérologiques voir pour une 2^{ème} et 3^{ème} injection.
- **Au service de santé au travail** Il n'y a eu 3 kits ARV instaurés via le SAU ou le CIDDIST.
 - **Au SAU** : 3 kits ARV ont également été délivrés, les 3 patients ont été revus au CIDDIST, un seul a reçu les 28 jours de traitements.

Il existe un biais de sélection (seulement 3 kits délivrés sur les 77 dossiers sélectionnés alors qu'au moins 4 consultants ont été revus au CIDDIST).

2. En cas de consultation par un référent entre H48 et H96 celui-ci dispose des éléments de la consultation principale.

Eléments de la consultation initiale figurant dans le dossier AES de la personne exposée mis à disposition du référent lors de cette consultation (à partir d'une check-list).

Cet item n'est applicable qu'au CIDDIST. Lors de l'instauration d'un traitement par ARV, le médecin référent propose une levée d'anonymat, et l'ouverture d'un dossier papier AES nominatif. La check list utilisée est le calendrier de bilan biologique .

Si le consultant vient du CIDDIST, le dossier anonyme est rattaché au dossier nominatif. Si le consultant vient du SAU ou du service de santé au travail, il ne dispose pas du dossier initial.

VII. Prise en charge financière.

Prise en charge de l'AES

1. En cas de problème financiers (pour les consultations, tests ...) la prise en charge est assurée.

Modalités d'accès à une assistante sociale (protocole de prise de rendez-vous) et disponibilité pour les équipes des coordonnées, plages horaires, délais de rendez-vous.

Dans le cadre du CIDDIST les consultations et traitements sont gratuits, dans le service santé au travail également (modalité d'accident du travail prise en charge 100 % par la sécurité sociale).

Dans le cadre des urgences la consultation et le kit ARV est gratuit, le suivi et la prescription ultérieure du traitement se font au CIDDIST.

Une assistante sociale est disponible dans les 3 services, de 8h30 à 17h00 les jours ouvrables.

Taux de connaissance de cette assistante sociale chez les personnels du ou des services référents.

Il s'agit d'un service social interne au CHR, tous les personnels des différents services y ont accès par l'annuaire téléphonique du CHR.

VIII. Confidentialité.

A. Garantir la confidentialité de l'entretien, le respect de la dignité et la nécessaire empathie envers le sujet exposé et le sujet source lors de la prise en charge initiale.

1. Le personnel des services qui assurent l'accueil des patients et des sujets sources a été formé et /ou sensibilisé au respect de la confidentialité

Au moins une personne formée (depuis moins de 5 ans) 7j/7 et 24 H/24 pour les services suivant.

Au CIDDIST, SAU et service de santé au travail le personnel soignant est soumis comme pour le reste de l'activité du CHR au secret médical.

Au niveau de la pharmacie les praticiens sont également soumis au secret professionnel, les KITS ARV sont délivrés dans les services de manière anonyme. Les prescriptions d'ARV nominatives lors du suivi des consultants sont soumises au secret professionnel.

2. Le personnel des services qui assurent l'accueil des patients et des sujets source a été sensibilisé à l'empathie nécessaire lors de la prise en charge des patients consultants pour AES.

Au moins une personne formée (depuis moins de 5 ans) 7j/7 et 24 H/24 pour les services suivants.

Il n'y a pas de formation spécifique « empathie » mais il existe une importante implication et une empathie de l'ensemble du personnel du CIDDIST et des autres services.

Pour preuve les « actions hors murs » qui se font de manière bénévole sont aux nombres de 34 sur l'année 2010. Ces actions se sont déroulées essentiellement en milieu scolaire (dont 17 dans les lycées) mais également auprès des plus démunis (4 en centre médico social).

Ces actions ont touché plus de 4360 personnes.

3. A chaque étape de la prise en charge, les locaux sont adaptés à la confidentialité de l'entretien

Recueil par visite in situ : respect de la confidentialité visuel et sonore.

Pour les services CIDDIST, SAU, et santé au travail, les locaux de consultation sont tous fermés. Le consultant est seul avec le médecin ou l'infirmière qui mène l'entretien.

Lors de la présentation du consultant :

- **Au CIDDIST** : Le consultant se présente au secrétariat (local fermé qui accueille une seule personne à la fois), l'attente se déroule en salle d'attente (commune avec les consultations de dermatologie), les consultants sont appelés par le médecin pour réalisation d'un prélèvement sanguin.
- **Au SAU** : Le consultant se présente à l'IAO pour exposer le motif d'admission (local fermé qui assure la confidentialité). Il est ensuite installé en « box » de consultation où il rencontre le médecin.
- **Au service santé au travail** : le consultant se présente au secrétariat (local fermé) puis est installé en salle d'examen où il rencontre le médecin du travail.

B. Garantir l'obtention d'un consentement.

1. Accord préalable du sujet source avant tout prélèvement ou test diagnostique.

Taux de dossiers où un tel accord est mentionné.

Dans les 3 services concernés, aucun dossier type ne comporte d'item « accord du patient », le consentement du patient qui vient pour une prise de sang est oral et implicite, il ne figure aucune trace écrite dans les dossiers de ces 3 services.

2. Accord préalable du patient pour la transmission des informations nécessaires à son suivi, pour tous les secteurs impliqués dans le suivi.

Taux de dossiers où un tel accord figure

Dans le cas des urgences il n'existe dans aucun dossier la trace écrite d'un accord du patient pour la transmission de son dossier au CIDDIST ou à la médecine du travail.

Pour le service de santé au travail, on note 3 transmissions de dossiers en dehors du service sur l'année (3 consultants adressés au CIDDIST pour reconduite d'un traitement par ARV).

Pour le CIDDIST, 7 transmissions de dossiers ont été réalisées au service d'Hépatogastro-entérologie (HGE) (Dr TELLAROLLI et Dr FLEANCU). Il n'y a pas d'accord écrit retrouvé dans les dossiers.

Dans les 7 cas les consultants ont accepté la levée d'anonymat et se sont présentés au service d'HGE avec un courrier médical rédigé par le médecin du CIDDIST.

C. Maitrise de la confidentialité lors de la facturation

1. Il existe un circuit de facturation permettant une procédure d'anonymisation des soins et de la facturation.

Procédure existante et connue des personnels

- **Pour le CIDDIST** la procédure d'anonymisation est systématique (référence juridique IV). Le financement se fait par le biais des groupements régionaux de santé publique. Ce financement se fait uniquement pour la partie CIDDIST. Le CDAG est quant à lui

financé par l'assurance maladie par le biais des missions d'intérêt général pour les hôpitaux.

Sur l'année 2010 le budget de fonctionnement global atteint 239 288 euros.

- **Pour le SAU** il n'existe pas de procédure d'anonymisation, le financement se fait directement par la structure hospitalière.
- **Pour le service de santé au travail**, il n'existe pas non plus de telle procédure, l'anonymisation est impossible du fait de la déclaration obligatoire d'accident du travail.
- **Pour la pharmacie**, les KITS ARV sont délivrés de manière anonyme et gratuite aux différents services du CHR.

DISCUSSION

Les pratiques relevées dans nos services sont-elles conformes au référentiel ? Dans quelle mesure pouvons-nous les améliorer ? Des mesures correctrices sont-elles applicables ?

Nous allons étudier les résultats bruts de chacune des 8 parties et proposer des mesures correctrices.

I. Dispositif préalable.

Nous constatons que 2 services (CIDDIST et service de santé au travail) possèdent un groupe de travail AES. Ils utilisent le même référentiel de prise en charge pour le risque d'exposition au VIH, à savoir le Rapport YENI.

Ces 2 services sont également les seuls à réaliser un rapport annuel d'activité très complet.

Aucun ne réalise d'EPP concernant la prise en charge des AES.

Un protocole de prise en charge des AES est basé sur le rapport YENI dans les services de médecine du travail ainsi qu'au CIDDIST. Au SAU la prise en charge se fait par un bilan biologique dénommé «Bilan standard AES ». Le médecin dermatologue d'astreinte est sollicité en cas d'instauration d'un traitement par ARV. Tous les services du CHR peuvent solliciter à tout moment un dermatologue référent via le standard de l'hôpital.

Le protocole de prise en charge des AEV n'est pas disponible pour les professionnels hors hôpital.

Il peut paraître regrettable qu'un protocole établi selon les recommandations n'existe pas au SAU qui assure la permanence médicale en proposant un accès 7j/7 et 24h/24.

Le traitement d'urgence (TPE) est disponible dans plusieurs services du CHR (SAU, CIDDIST, Gynécologie, Pédiatrie). La délivrance se fait sous forme de kits (préparation pour 72 h de traitement) et la reconduction du traitement (pour une durée de 28 jours au total) se fait après consultation spécialisée au CIDDIST.

Des tests de sérodiagnostics rapides VIH sont disponibles au SAU et au CIDDIST.

Deux services (Gynécologie et Pédiatrie) ont une procédure de référencement médicale secondaire pour les cas particuliers (enfants, cadre médico-légal..). Ces 2 services ne font pas partie de l'étude en raison des prises en charge très spécifiques.

Grace aux recueils de données et aux rapports d'activités des services de santé au travail et du CIDDIST nous pouvons nous faire une idée du nombre d'AEV toutes causes confondues sur le CHR de Thionville.

Nous savons que 700 AEV sexuels et 66 AEV professionnels ont eu lieu en 2010.

Nous pouvons également faire ressortir les causes des AEV notamment au service de santé du travail (rapport annuel très détaillé).

Malheureusement le SAU ne concourt pas au recueil des données et surtout à la transmission des dossiers AEV, pourtant malgré le biais de sélection des dossiers (seulement 77 dossiers retenus) on peut imaginer qu'au vu de son activité générale (plus de 50 000 passages par an) et à sa permanence de soins 24h/ 24 et 7j/7, il représente un bien plus gros service en terme de nombre d'AEV vus.

En médecine du travail, il existe un programme de réduction du nombre d'AEV grâce aux différentes données recueillies.

Les agents les plus à risque sont ciblés ainsi que les matériels les plus dangereux. Plusieurs actions portant sur le port de gants, de lunettes, les horaires les plus à risque (début et fin de poste) sont menés au sein des différents services. Une des limites de ce service reste le recrutement des AEV, car seuls les accidents "déclarés" en accident de travail sont pris en compte et analysés par le service. Il existe une campagne de sensibilisation au sein du CHR pour inciter les agents à déclarer tous les AES (passage dans les services de l'hôpital pour rencontrer les différentes équipes, sensibilisation des internes des différents services, vérification de la part du laboratoire de l'hôpital qu'il ne s'agit d'un AEV lorsque des sérologies concernant un agent lui arrive d'un autre service que le SAU ou le service de santé au travail).

Du dispositif préalable il ressort que 2 des 3 services possèdent un protocole de prise en charge AEV clairement établi et reposant sur un référentiel national (RAPPORT YENI). Le troisième service assurant pourtant la permanence de soins ne possède pas de protocole connu de ses praticiens. Il ne dispose pas non plus à l'instar des 2 autres de rapport annuel d'activité permettant d'optimiser la prise en charge des AEV. Ce rapport ne peut se faire qu'à la condition de "retrouver" tous les dossiers AEV ce qui est impossible à ce jour. Les différentes méthodes de sélection des dossiers (PMSI, motif de recours, diagnostique final), vont du simple au quintuple (entre 80 et 300 dossiers retracés qui ne sont pas toujours en rapport avec des AEV).

Ces 3 services ne disposent pas de structures commune en terme de tenu de dossiers ni de protocole de prise en charge.

Il n'y a pas de service référent qui assure le lien entre ces 3 acteurs.

Mesures correctrices proposées : Afin d'assurer le lien entre les 3 acteurs, un responsable « AEV » pourrait être nommé au SAU, son rôle serait d'harmoniser la prise en charge des AEV (refonder la prescription de biologie et la délivrance des kits ARV selon le référentiel national qu'utilise déjà le CIDDIST et la médecine du travail) auprès de ses collègues, mais aussi un rôle de formation auprès des internes. Il pourrait également grâce à l'informatique effectuer de manière relativement rapide un bilan annuel d'activité.

Une meilleure tenue des dossiers faciliterait également l'existence d'un rapport annuel, pour cela il faut une procédure de renseignement du dossier AEV simple et rapide. (Flux continu de consultants au SAU qui est difficilement régulé par les Praticiens hospitaliers en sous nombre). Une Icône « AEV » que l'on renseignerait par une simple coche (oui/non) dès le recueil administratif pourrait être réalisée par l'IAO (infirmière d'accueil et d'orientation).

II. Consultation médicale initiale

Chaque service possède un dossier AEV pour chaque consultant.

Malheureusement, là encore par manque de coordination il n'existe pas de dossier unique.

Lorsque le patient est revu dans un autre service un nouveau dossier est repris à zéro sans lien avec son dossier précédent.

Une autre difficulté réside dans le fait que les consultations sont anonymes au CIDDIST , il n'y a donc pas de lien non plus entre la consultation initiale et le contrôle biologique à 45 jours ou à 3 mois par exemple pour les AES non traités.

Les dossiers AEV du CIDDIST et du service de santé au travail comportent une rubrique "vaccination anti HBV" cette rubrique est complétée dans 100 % des dossiers des 2 services.

Aucune rubrique de ce type n'existe dans le dossier du SAU (dossier standard, pas de sous rubrique "AES" renseignée). Aucun des différents médecins urgentistes n'a posé spontanément la question aux consultants.

Le mode de contraception est renseigné dans 37 % des cas au CIDDIST (avec une très nette augmentation en milieu d'année du fait de l'apparition d'une rubrique "contraception " à partir de juin 2010).

Les dossiers de médecine du travail ne font jamais état d'une éventuelle contraception (pourtant population soignante essentiellement féminine et en âge de procréer). Les dossiers du SAU n'y font état que dans 3 cas.

Les facteurs de risques propres à l'accident sont particulièrement bien renseignés avec un taux de 100 % pour le service de santé au travail et le SAU (résultats à nuancer dans ce cas du fait du biais de sélection des dossiers étudiés). Le CIDDIST obtient un taux de 97 %.

En tout 25 personnes ont été traitées par ARV sur l'année 2010.

Le statut sérologique du patient source est important. Au service de santé au travail, 2 professionnels de santé ont eu un AES sur un patient source séropositif au VIH. Ces deux patients ont été traités par ARV pendant 28 jours.

Au CIDDIST un consultant se savait séropositif au VIH (était déjà suivi au LUXEMBOURG), un autre consultant connaissait le statut de séropositivité de son partenaire au VIH.

Le nombre de prescriptions de sérologies est relativement important par rapport au nombre de diagnostics positifs .Concrètement dans les différents services on relève :

Au CIDDIST : sur 94 % de prescriptions de sérologie VIH (661 sérologies), on observe 1 % de résultats positifs (7 sérologies) , 61 % de prescriptions de sérologies hépatite C (430 sérologies) pour 0.9 % de positifs (4 sérologies) et 28 % de prescription de sérologies

Syphilis (195 sérologies) pour 7.7 % de positifs (15 sérologies). Mais le résultat le plus marquant reste le taux de prescription de sérologie hépatite B, en effet il y a eu 88 % de prescriptions d'Ac anti HBs (612 sérologies) et 70 % de prescription d'Ag HBS (495 sérologies) pour 0.6 % de résultats positifs. Dans les 612 prescriptions d'anticorps il y a des primo prescriptions mais aussi des prescriptions lors de contrôle à 45 jours ou à 3 mois. On contrôle donc 2 voir 3 fois le statut vaccinal de plusieurs consultants. Ceci s'explique par le fait que les consultations anonymes ne sont pas rattachées entre elles, un consultant qui "oublie" son résultat biologique aura donc systématiquement un contrôle biologique lors de sa deuxième consultation.

Au service de santé au travail : tous ont bénéficié d'une sérologie VIH, 43 % ont eu un contrôle vaccinal anti hépatite B (23 sérologies Ac anti HBs) et 9% une sérologie hépatite B (5 sérologies Ag HBs). Ce faible taux de prescription s'explique par l'obligation vaccinale des professionnels de santé ainsi que leur suivi régulier par la médecine du travail.

76 % des consultants du service de santé au travail ont eu une sérologie hépatite C (41 sérologies HVC). Cela s'explique par le fait que la majorité des AEV se fait par piqûres ou coupures (5 coupures et 42 piqûres).

Au SAU 52 bilans "types" ont été réalisés, soit 68 % de prescriptions de sérologies VIH, Hépatite B et Hépatite C. Cela s'explique par le fait que les AES professionnels vus aux heures ouvrables (22 consultants) sont systématiquement redirigés vers la médecine du travail sans bilan préalable. Les sérologies sont prescrites de manière « automatisées », il existe un bilan biologique dénommé "bilan AES" prescrit à chaque consultant.

Mesures correctrices proposées : Dans le cas du CIDDIST , pouvoir rattacher la consultation initiale à la consultation de contrôle biologique (j45 ou j90), permettrait de simplifier le suivi et d'éviter certaines redondances de prescription biologique (Ac anti HBS).Un numéro unique à représenter lors d'un deuxième passage pourrait être envisagé. Ce système aurait toutefois pour limite l'oubli ou la perte de ce numéro.

Dans le cas du SAU, un dossier « AEV »pourrait être créé dans le logiciel RESURGENCE, celui pourrait être calqué sur celui du CIDDIST avec l'existence de plusieurs items à remplir par le médecin urgentiste (motif de recours, type d'accident, délai de consultation ...).

Une fois le dossier AEV correctement renseigné la prise en charge serait simplifiée par une grille d'aide décisionnelle (par exemple le tableau 18-I du rapport YENI 2008 en annexe). En cas de doute le médecin Dermatologue d'astreinte reste toujours joignable.

III. Biologie initiale.

Ces services bénéficient également de tests de dépistage rapide (TDR) , deux ont été réalisés au service de santé au travail en 2010, 3 au CIDDIST et 19 au SAU . Là encore ce test est sur-utilisé au SAU , il n'a en effet d'intérêt qu'en cas de doute sur le patient source de l'AES afin de démarrer un traitement par ARV au plus vite (résultats du test par technique ELISA disponible en moins de 24 h au laboratoire de l'Hôpital BEL-AIR).

Un service réalise également d'autres sérologies infectieuses, sur les 704 dossiers du CIDDIST, on relève 23 % de réalisation de PCR Chlamydiae (162 PCR réalisées) et 1.5 % de PCR gonocoque.

Au SAU nous constatons que 22 des 77 consultants sont redirigés vers le service de santé au travail sans bilan biologique dès lors que le consultant arrive aux heures ouvrables.

Le bilan infectieux est complété par un bilan biologique standard (hémogramme, ionogramme, bilan hépatique) en cas de mise en route d'un traitement (TPE) ou de point d'appel clinique. Là encore une grande disparité existe entre les différents services.

Au CIDDIST ce type de bilan est prescrit uniquement en cas de traitement par ARV ou d'hépatite virale (32 bilans uniquement sur 704 consultants).

Au SAU et au service de santé au travail ce bilan est prescrit beaucoup plus facilement, sans réelle motivation médicale, mais plus par standardisation des prises en charge.

Mesures correctrices proposées : un modèle d'aide à la prescription biologique peut être instauré, en proposant un bilan biologique AEV standard que l'on compléterait en fonction d'éventuels points d'appels (autres IST en cas de symptômes, hémogramme, bilan hépatique et ionogramme si traitement par ARV instauré ...)

IV. Décision Médicale.

Les deux services que sont le CIDDIST et le service de santé au travail utilisent le rapport YENI (référence nationale établie) pour la décision d'instaurer ou non un traitement par ARV.

Le SAU ne possède pas de protocole établi, le dermatologue d'astreinte peut être sollicité en cas de doute sur l'instauration d'un traitement par ARV mais l'urgentiste est libre dans ses prescriptions et son choix de demander conseil ou non. Ceci transparaît dans le taux d'arrêt des traitements par ARV (4 traitements instaurés au SAU arrêtés dès 2 jours de traitements).

De plus ce mauvais taux de prescription d'ARV est sous-estimé de par le biais de sélection des dossiers (seulement 3 instaurations de traitement par ARV retrouvées dans les 77 dossiers des urgences alors qu'au moins 4 traitements ont été interrompus par le CIDDIST).

Le taux de conformité globale des prescriptions d'ARV est de 84 % avec une très nette proportion de mauvaise indication thérapeutique provenant du SAU.

Concernant le taux de prescription d'anticorps anti HBs, seul le service de santé au travail arrive à prescrire un nombre raisonnable de sérologies (23 bilans soit 43 % des dossiers). Cela s'explique par le ciblage de la population concernée (professionnels de santé au clair sur leurs statuts vaccinaux).

Pour le CIDDIST seulement 92 des 704 consultants (soit 13 %) connaissent leurs statut vaccinal (primo consultant ou consultation de contrôle à 45 jours ou à 3 mois). Le fait que les consultations initiales et de control biologique ne soient pas rattachées empêche le médecin de vérifier avec certitude le statut vaccinal du consultant.

Pour le SAU le problème est encore autre, en effet ce bilan est réalisé de manière systématique (100 % des dossiers contenant un bilan biologique). Et pourtant une écrasante majorité des consultants sont des professionnels de santé qui viennent pour un AEV professionnel. Ceci s'explique par le fait qu'aucun dossier n'est renseigné sur une éventuelle vaccination du consultant.

Mesures correctrices proposées : En appliquant les mesures proposées précédemment une grande partie de ces lacunes peuvent corrigées.

Grace à un dossier mieux tenu et une grille d'aide décisionnel efficace, beaucoup de traitements ou d'actes de biologie non indiqués pourraient être évités.

Une information plus claire au SAU pourrait être mise en place. Le dermatologue d'astreinte peut être appelé pour un avis thérapeutique ou diagnostique. On pourrait également imaginer une procédure systématique en cas d'instauration d'un traitement par ARV (accord obligatoire du dermatologue).

V.Dispensation.

Cette partie concerne la pharmacie de l'hôpital BEL-AIR, ce service dispense les ARV selon les recommandations du rapport YENI 2008 puis 2010.

2 kits associant **TRUVADA® +KALETRA®** sont disponibles au SAU, 3 kits sont disponibles au CIDDIST, et 2 kits aux urgences gynécologique et obstétrique (UGO).

Il y a également 1 kit spécial composé de **KALETRA® + COMBIVIR®** aux UGO pour la femme enceinte et le sujet insuffisant rénal.

Ces kits sont conditionnés pour 72 heures de traitement, ils sont dotés d'un numéro de lot et d'une date de péremption. Ces médicaments sont ensuite sous la responsabilité des services détenteurs (stockage sous clef et vérification des dates de péremption). Un deuxième contrôle peut être fait par la pharmacie si les kits sont effectivement rangés à leur place dans l'armoire à pharmacie.

Les kits de 72 heures de traitement sont délivrés aux différents services sus-cités, lorsque les médecins de ces services les délivrent aux consultants ils retournent une ordonnance pré-remplie à la pharmacie de l'hôpital BEL-AIR où figurent toutes les modalités pré requises dans le référentiel (a savoir la qualité du prescripteur, la durée de traitement, la posologie...).

Ce kit assure la gratuité du traitement pour les 72 premières heures, ensuite le consultant est convoqué dans ce délai au CIDDIST de Thionville, une levée d'anonymat est effectuée et la prise en charge du traitement jusqu'au 28ème jour devient hospitalière.

Il n'existe pas de modalité de conservation établie pour les "kits adultes". Seuls les kits pédiatriques disposent d'un tel Protocole.

Mesures correctrices proposées : Dans cette partie de notre étude il n'existe qu'un seul dysfonctionnement, à savoir la possibilité pour un médecin de délivrer un kit ARV à un patient sans retourner d'ordonnance à la pharmacie.

Celui-ci pourrait être corrigé par une mesure relativement simple : lors de la délivrance d'un kit ARV par un des services concernés, la pharmacie pourrai refournir un kit uniquement après réception de l'ordonnance nominative du kit "consommé".

VI. Suivi

Le suivi des patients est assuré au CIDDIST et au service de médecine du travail selon un calendrier prédéfini (utilisant le rapport YENI 2008 puis 2010 pour la périodicité des contrôles biologique si la situation clinique le nécessite).

Au CIDDIST, les patients sont reconvoqués oralement avec un calendrier de suivi biologique joint dans le dossier pour les contrôles biologiques.

En médecine du travail les soignants sont convoqués selon un calendrier établi dès la première consultation, le dossier biologique étant informatisé sur CHIMED une alarme permet le rappel des agents qui ne se sont pas présentés.

Au SAU il n'existe pas de suivi, les patients sont convoqués oralement au CIDDIST ou au service de santé au travail (aucune preuve noté sur les 77 dossiers). Il apparait dans tous les cas des "perdus vus", en effet sur les 69 consultants pour AEV professionnels seulement 29 se sont présentés au service de santé au travail.

Ceci s'explique par la réalisation facile de TDR sur le patient source , de la rapidité des résultats de sérologies VIH sur le patient source (résultats de technique ELISA disponibles dans les 24 heures) et la délivrance de l'attestation d'accident du travail pour une prise en charge financière à 100% des frais médicaux relatifs à l'accident, par le médecin urgentiste dès la consultation initiale.

En cas d'instauration d'un traitement par ARV, le suivi se déroule systématiquement au CIDDIST, un calendrier de surveillance biologique est remis par le CIDDIST ou le service de santé au travail en cas d'instauration ou de prolongation du traitement.

Concernant le CIDDIST un suivi clinique et biologique est également assuré pour les autres maladies (Syphilis, gonococcies ...).

En cas de consultation spécialisée au CIDDIST le médecin référent ne dispose malheureusement pas du dossier initial du consultant (absence de dossier commun et surtout de transmission des dossiers).

Mesures correctrices proposées : Une grande partie de ces "dysfonctionnements" peut être corrigé par l'existence du dossier unique "AEV"(transferts des données vers les différents services, calendrier de suivi biologique intégré au dossier).

La non délivrance de l'attestation d'accident du travail par le médecin urgentiste si la première consultation d'AES professionnel a lieu au SAU peut également inciter le personnel soignant à poursuivre le suivi biologique et clinique au service de santé au travail.

VII. Prise en charge financière.

Dans tous ces services une assistante sociale est joignable aux heures d'ouvertures (du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00).

Le suivi est gratuit pour tous les consultants ainsi que les 72 premières heures de traitement.

Si le traitement dépasse 72 heures, la prise en charge financière est faite par l'assurance maladie.

VIII. Confidentialité.

Les locaux des différents services se plient aux règles de confidentialités, l'anonymat et le respect de la personne y sont définis par la chartre du patient hospitalisé .Le personnel veille également a ce respect de la dignité humaine.

Les différents personnels sont de part leur formation initiale (médecins, IDE, assistantes sociales ...) enclins à toute l'empathie nécessaire à l'accueil du consultant victime d'un AEV.

La transmission d'informations concernant le patient à un autre médecin se fait avec l'accord verbale du patient, cet accord est tacite, il ne figure aucune trace écrite dans les dossiers d'un tel accord. Le consultant le valide en se présentant au médecin référent avec un courrier médical le concernant.

Une procédure d'anonymisation des soins et de facturation est définie dans les statuts des CIDDIST et est appliquée au CIDDIST de Thionville .Cette procédure n'est évidemment pas applicable aux autres services de par la nature des soins (par exemple au service de santé au travail il y a la réalisation d'un certificat d'accident de travail qui n'est pas anonyme).

Mesure correctrice : une item « accord du patient à la transmission de son dossier » » pourrait être rajoutée et signée par le consultant en cas de transfert de son dossier.

CONCLUSION

Le dépistage du VIH est une priorité à l'heure où le profil des thérapeutiques curatrices. La méconnaissance du statut sérologique positif au VIH d'environ 40 000 à 50 000 personnes en France reste une priorité à combler.

Il ressort de cette analyse que la prise en charge des AEV et le dépistage de la population générale nécessite une coordination entre les différents acteurs et services de santé.

Cette coordination doit se faire dans une conjoncture économique difficile avec un budget de fonctionnement réduit.

La mise en place d'outils (centres de dépistages) efficaces est alors primordiale.

Des points forts sont mis en évidence dans cette étude : service de santé au travail et CIDDIST très performants, utilisation de référentiels d'experts nationaux, pharmacie et laboratoire de microbiologie très réactifs et utilisant des protocoles d'anonymisation.

Certains points faibles restent cependant à améliorer. Des mesures correctrices peuvent être envisagées mais demandent une participation et un engagement de la part des soignants qui sont déjà surchargés de travail. Certaines propositions « correctrices » peuvent ou ont déjà été instaurées depuis 2010, par exemple renseignement plus complet des dossiers de consultation CIDDIST avec apparitions de nouvelles rubriques telle que la vaccination anti-papilloma virus, existence d'une contraception D'autres mesures sont plus difficiles à mettre en place (référént AEV au SAU, réunion inter-service avec rapports annuels d'activités..) car demandent plus de temps et encore plus d'implication de la part des soignants qui sont déjà en difficulté en raison d'une charge de travail qui ne cesse d'augmenter.

Rappelons que le SAU de Thionville a vu passer plus de 50 000 consultants sur l'année 2010.

Pourtant une plus grande coopération entre les services concernés amènerait sans conteste une meilleure harmonie de la prise en charge du patient et permettrait de substantielles économies (économies d'actes biologiques et médicamenteux) ainsi qu'une meilleure sécurité sanitaire (délivrance d'un traitement non indiqué qui n'est pas dénué d'effets secondaires). Cette coopération permettrait également un gain de temps précieux (par exemple par la mise en

place d'un "parcours AEV" avec dossier patient unique et anonyme), ainsi qu'une prise en charge médicale harmonisée du consultant.

Le dossier AEV unique sera difficile à mettre en place car le dossier est anonyme au CIDDIST et nominatif au SAU ainsi qu'en médecine du travail (on peut imaginer un dossier scindé en deux parties avec distinction entre les AEV professionnels nominatifs et les AEV sexuels qui seraient anonymisés).

Le support de recueil des informations pose également problème :

- dossiers informatisés au SAU (logiciel RESURGENCE).
- dossiers informatisés au service de santé au travail (logiciel CHIMED).
- dossiers papiers au CIDDIST.

Malgré certaines difficultés pour mettre en place ces corrections, on peut en attendre à moyen terme un gain de temps et une meilleure sécurité sanitaire.

Une mise en place de certaines ces mesures correctrices avec réévaluation de l'EPP dans les suites pourrait faire l'objet d'un second travail.

ABREVIATIONS

ADN : Acide désoxyribonucléique.

AES : Accident d'exposition au sang/sexuel.

AEV : Accident d'exposition aux virus.

ARN : Acide ribonucléique.

ARS: Agence régionale de santé.

ARV: Antirétroviraux.

AgHBs: Antigène HBs

AcAnti-HBc: Anticorps anti-HBc

AcAnti-HBs: Anticorps anti-HBs

Ac Anti-VHC: Anticorps anti-VHC

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit.

CIDDIST : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

CMU : Couverture maladie universelle.

COREVIH : Coordination Régionale de la lutte contre le Virus de L'Immunodéficience Humaine

DAV : Dispensaires antivénériens.

DPC: Développement professionnel continu

ELISA : Enzyme-linkedimmunosorbentassay.

HAS : Haute autorité de santé.

HGE: Hépatogastro-entérologie.

IAO : Infirmière d'accueil et d'orientation.

INVS : Institut nationale de veille sanitaire.

IST : Infections sexuellement transmissibles.

IV : Intraveineuse.

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCR : Polymerase chain reaction.

PH : Praticien hospitalier.

SFLS: Société Française de Lutte contre le SIDA.

SIDA: Syndrome d'immunodéficience Acquise.

TDR : Test de dépistage rapide.

TPE : traitement post-exposition.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

VHB : Virus de l'hépatite B.

VHC : Virus de l'hépatite C.

BIBLIOGRAPHIE

1. CAZEIN F, LOT F, PILLONEL J, PINGET R, BOUSQUET V, LE STRAT Y, et al.

Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009.

Rapport coordonné par l'INVS, BEH 45-46, novembre 2010, pp 467-468.

2. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014.

Ministère délégué à la santé, novembre 2010, 266p.

[URL:http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf).

3. Développement Professionnel Continu (DPC).

Méthodes et modalités de DPC. HAS, décembre 2012, 4p.

[URL:http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf).

4. YENI P.

Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH,

Rapport d'experts 2010, pp.353-357.

[URL:http://www.unals.org/docs/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf](http://www.unals.org/docs/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf).

5. Circulaire DGS/PGE/1.C n°85 du 20 janvier 1988.

6. Circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.

7. Circulaire DGS/SD6 A n° 2000-531 du 17 octobre 2000 relative aux modalités de désignation et aux missions des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

8. Décret n° 2003-1153 du 28 novembre 2003 du code la santé publique.

[URL: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=6D39BCA5ADD99A987BD8316856C321BD.tpdjo16v_3?cidTexte=JORFTEXT000000795506&categorieLien=id.](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=6D39BCA5ADD99A987BD8316856C321BD.tpdjo16v_3?cidTexte=JORFTEXT000000795506&categorieLien=id)

9. Article L3121-1 du code de la santé publique modifié par la loi n°2004-809 du 13 août 2004

[URL:http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006687836&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111012&fastPos=3&fastReqId=1488011756&oldAction=rechCodeArticle.](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006687836&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111012&fastPos=3&fastReqId=1488011756&oldAction=rechCodeArticle)

10. Article D3121-38 du code de la santé publique modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 95.

11. Article D3121-39 du code de la santé publique modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 95.

12. CMIT (Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales).

E.PILLY, Maladies infectieuses et tropicales 19eme éditions, 2004, pp422-423.

13. BARRE-SINOUSSE F, CHERMANN JC, REY F, NUGEYRE MT, CHAMARET S, GRUEST J, DAUGUET C, AXLER- BLIN C, VEZINET-BRUN F, ROUZIOUX C, ROZENBAUM W, MONTAGNIER L.

Isolation of a T-Lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

Science, 1983, 220, pp868-871.

14. Laboratoire ABBOTT.

Structure du virus du VIH, 2010, 1p.

[URL :http://www.abbott.fr/abbott/Votre-sante/Infection-VIH/Definition-Infection/Structure-Virus-VIH.aspx](http://www.abbott.fr/abbott/Votre-sante/Infection-VIH/Definition-Infection/Structure-Virus-VIH.aspx).

15. THOMAS M. J. NIEDERMAN, BENJAMIN J. THIELAN, LEE RATNER.

Human immunodeficiency virus type 1 negative factor is a transcriptional silencer (latency/trans-acting regulation).

PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America).Vol. 86, Février 1989, pp. 1128-1132.

16. LEONARD R, ZAGURY D, DESPORTES I, BERNARD J, ZAGURY JF, GALLO R.

Cytopathic effect of human immunodeficiency virus in T4 cells is linked to the last stage of virus infection.

PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America) Mai 1988 , Vol. 85, pp. 3570-3574.

17. Laboratoire ABOTT.

Cycle de réplication du virus du VIH, 2010, 1p.

URL :<http://www.abbott.fr/abbott/Votre-sante/Infection-VIH/Definition-Infection/Cycle-Replication-VIH.aspx>.

18. HOOSEN C.

Antiretroviral Agents. How Best to Protect Infants from HIV and Save Their Mothers from AIDS.

New England Journal of Medicine, juillet 2004, 351p, pp289-292.

19. HUGHES J, BAETEN J, LINGAPPA J, MAGARET A.

Determinants of Per-Coital-Act HIV-1 Infectivity Among African HIV-1–Serodiscordant Couples.

Journal of Infectious Disease, janvier 2012, vol 205, pp358-365.

20. SCEMAMA O, POULLIÉ A-I, RUMEAU-PICHON C.

La recherche et Dépistage de l'infection par le VIH en France.

HAS, octobre 2008, 17p, pp4-7.

URL:[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/recommandations - depistage de linfection par le vih en france - modalites de realisation des tests de depistage 2008-10-22 11-55-8_316.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/recommandations_-_depistage_de_linfection_par_le_vih_en_france_-_modalites_de_realisation_des_tests_de_depistage_2008-10-22_11-55-8_316.pdf).

21. YENI P.

Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.

Rapport d'experts 2010, pp 37-39.

22. GOLDSBY R.A, KINDT T.J, OSBORNE B.A., KUBY J.

Enzyme-Linked Immunosorbent Assay.Immunology, 5ème edition.

New York : FREEMAN ,2003, pp143-150.

23. BURNETTE WN.

"Western blotting": electrophoretic transfer of proteins from sodium dodecyl sulfate-polyacrylamide gels to unmodified nitrocellulose and radiographic detection with antibody and radioiodinated protein A.

Analytical Biochemistry, vol. 112, no 2, avril 1981, pp 195-203.

24. NEPHROTEK®.

Présentation test rapide VIH 1 et 2, INSTI™. 2012, 2p.

URL: www.nephrotek.fr.

25. HIGUCHI R, DOLLINGER G, WALSH PS, GRIFFITH R.

Simultaneous amplification and detection of specific DNA sequences.

Nature Biotechnology, 1992,10, pp413-417.

26. MEFFRE C et al.

Prévalence des hépatites B et C en France en 2004.

Rapport InVS.: Institut de veille sanitaire, mars 2007, 114p, p4.

27. TREPO C, MERLE P, ZOULIM F.

Hépatites virales B et C, 2006.

Pathologies Sciences. Paris, 246p, pp13-14.

28. TREPO C, MERLE P, ZOULIM F.

Hépatites virales B et C, 2006.

Pathologies Sciences. Paris, 246p, pp51-56.

29. YUN-FANLIAW, CHIA-MING CHU.

Hepatitis B virus infection.

The Lancet, Volume 373, février 2009, pp 582 - 592.

30. MORADPOUR D, MÜLLHAUPT B.

Treatment of chronic hepatitis C genotype 1 with triple therapy comprising telaprevir or boceprevir.

Swiss Medical weekly, février 2010, 142, 8p.

[URL:https://sas1.unibas.ch/guidelines/smw-2012-13516.pdf](https://sas1.unibas.ch/guidelines/smw-2012-13516.pdf).

31. BRONOWICKI J-P, BARRAUD H, PEYRIN-BIROULET L.

Epidémiologie et histoire naturelle de l'hépatite C.

La Revue du Praticien, 2005,55, n°6, pp607-614.

32. GAUTIER N, BENKHOUCHE C, BONJOUR M, COUZIGOU P, DEGODET A et al.

Hépatite C du dépistage au traitement, 2007, 3ème édition, 74p, p11.

URL: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1055.pdf>.

33. Comité restreint Plan national Hépatites 2009-2012.

Hépatite C, état des connaissances.

Sous direction Prévention des risques infectieux, direction générale de la santé. novembre 2012, 2p.

URL: <http://www.sante.gouv.fr/l-hepatite-c.html>.

34. Article L3121-2 du code de santé publique, modifié par l'ordonnance n°2010-462 du 6 mai 2010 -art. 1.

35. Circulaire DGS/RI2 no 2012-222 du 1er juin 2012 relative au financement des consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le VIH.

36. Arrêté du 8 juillet 2010 (NOR: SASP1007832A) fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

URL:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022502881&dateTexte=&categorieLien=id>.

37. YENI P.

Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.

Rapport d'experts 2008, p349, tableau 18-I.

38. SCEMAMA O, POULLIÉ A-I, RUMEAU-PICHON C.

La recherche et Dépistage de l'infection par le VIH en France.

HAS, octobre 2008, 17p, pp8-11.

[URL:http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/recommandations - depistage de linfection par le vih en france - modalites de realisation des tests de depistage 2008-10-22_11-55-8_316.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/recommandations_-_depistage_de_linfection_par_le_vih_en_france_-_modalites_de_realisation_des_tests_de_depistage_2008-10-22_11-55-8_316.pdf).

39. YENI P.

Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.

Rapport d'experts 2010, p354.

40. YENI P.

Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.

Rapport d'experts 2010, pp82-86.

.

ANNEXES



**CIDIST : Centre d'Information de Diagnostic et de Dépistage
des Infections Sexuellement Transmissibles**

Groupeement des Hôpitaux de Metz
Hôpital Bon Secours
1 place Philippe de Vigneulles - 57000 Metz
Tél : 03 87 55 33 83 - Fax : 03 87 55 38 76

Groupeement des Hôpitaux de Thionville
Hôpital Beauregard
21 rue des Frères - 57126 Thionville
Tél : 03 82 55 89 10 - Fax : 03 82 55 88 78

Fiche d'accueil CIDIST

Age : Sexe : M ☐ - F ☐

Numéro d'anonymat :

Consultation initiale + Prélèvement : Nom du médecin :

Date :

Nom de l'infirmière :

Psychologue : oui ☐ non ☐

Résultats remis : Nom du médecin : Date :

Nom de l'infirmière :

☐ Site principal ☐ Unité mobile ☐ Antenne

EXAMEN	PRESCRIPTIONS	RESULTATS	COMMENTAIRES
Test rapide VIH			
Dépistage combiné VIH de 4 ^{ème} génération			
Test de confirmation VIH (Western-Blot)			
Dépistage VHC			
Dépistage VHB	- Ag HBs		
	- Anticorps anti HBs		
	- Anticorps anti HBc		
Sérologie VDRL/TPHA			
Chlamydiae - PCR			
Site de prélèvement :			
Gonocoque PCR ☐ Culture ☐			
Site de prélèvement :			
Herpès PCR sur vésicule			
Lymphogranulomatose vénérienne			
Mycoplasme : uréaplasma spp ☐ PCR ☐			
généitalium ☐ Culture ☐			
Trichomonas (écouvillon 1 ^{er} jet d'urine)			

- ☐ Information VIH ☐ Information VHC ☐ Information VHB
☐ Information autres IST ☐ Prise en charge d'urgence
☐ Information vaccinations ☐ + orientation référent

Couverture sociale : ☐ oui ☐ non Bénéficiaire : ☐ CMU ☐ CMUC*

* Couverture Mutuelle Universelle Complémentaire

F. TRUCHETET (Responsable médical CIDIST), B. WIEMAR (IDE), V. BECKER (IDE),
A. HERBST (IDE), V. BAILLY (IDE), F. COILLARD (Psychologue), C. HITTINGER (Cadre de Santé)
Septembre 2010

TRANCHE D'AGE :

☐ < 18 de ☐ 18 à 19 ☐ de 20 à 29 ☐ de 30 à 39 ☐ de 40 à 49 ☐ de 50 à 59 ☐ > 60

SITUATION DE FAMILLE :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé

☐ Grossesse antérieure ☐ Grossesse en cours ☐ Dernière consultation gynécologique :
Vaccination papillomavirus : ☐ oui ☐ non ☐ Mode de contraception

PAYS D'ORIGINE : PROFESSION

AVEZ-VOUS DÉJÀ PRÉSENTÉ UNE IST ?

☐ NON ☐ OUI, Laquelle ? Date :

Antécédents de vaccination vis-à-vis de l'hépatite B : ☐ OUI Date ☐ NON ☐ Ne sais pas
Herpès génital : ☐ oui ☐ non

NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS :

☐ zéro ☐ un ☐ deux ☐ trois à cinq ☐ plus de cinq

Nombre de partenaires sexuels non protégés : La dernière année :
Sur toute la vie :

COMPORTEMENT SEXUEL :

☐ Hétérosexuel ☐ Bisexuel ☐ Homosexuel ☐ Ne souhaite pas répondre

APPARTENEZ-VOUS À UN GROUPE À RISQUE :

☐ Toxicomane IV ☐ Paille ☐ Partenaire de toxicomane ☐ Prostitué(e) ☐ Hémodialysé(e)
☐ Partenaire de VIH ☐ Hémophile ☐ Transfusion, Date :
☐ Intervention chirurgicale (endoscopie, cardiologie, coelioscopie, arthroscopie)
Date d'intervention chirurgicale :
☐ Acupuncture ☐ Mésothérapie ☐ Piercing ☐ Tatouage ☐ Autre :
Don de sang : ☐ OUI ☐ NON Date du dernier don :

SIGNES CLINIQUES ACTUELS : (condylomes, gale, poux [morpions].....)

SITUATION À RISQUE OU RAISON DE LA DEMANDE :

Date :
Précision :

LIEU D'HABITATION : ☐ < 10 km ☐ de 10 à 35 km ☐ > 35 km

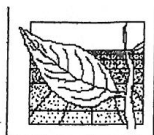
Avez-vous déjà eu un test de dépistage :

☐ NON ☐ OUI, Nombre de tests déjà réalisés :

Motif de consultation :

☐ Anonymat ☐ Gratuité ☐ Démarche du couple
Partenaire testé : ☐ Jamais ☐ Anciennement ☐ En cours

F. TRUCHETET (Responsable médical CIDDIST), B. WIEMAR (IDE), V. BECKER (IDE),
A. HERBST (IDE), V. BAILLY (IDE), F. COILLARD (Psychologue), C. HITTINGER (Cadre de Santé)
Septembre 2010



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE METZ - THIONVILLE
Hôpital Bel Air - THIONVILLE
Service Pharmacie

SR

ORDONNANCE NOMINATIVE POUR KIT AES 72 PREMIERES HEURES

PARTIE RESERVEE AU PRESCRIPTEUR

KIT AES 72 PREMIERES HEURES
COMBIVIR® + KALETRA®

Identité patient

ou étiquette patient

Nom :

Prénom :

Prescription :

Traitement

Posologie

Durée

1- COMBIVIR® comprimé

1cp 2 fois /jour

2- KALETRA® comprimé

2 cp 2 fois/jour

Date :

Signature :

PARTIE RESERVEE A LA PHARMACIE

Date de délivrance :

	Traitement	Quantité	N° de lot	Péremption	N° d'ordonnancier
1 -	COMBIVIR®	6 cp	RC.2441	11/2013	
2 -	KALETRA®	12 cp	6007795	03.2012	

Nom et signature du pharmacien :

KIT SUITE A UN ACCIDENT D'EXPOSITION AU RISQUE DE TRANSMISSION D'UNE INFECTION PAR LE VIH

COMBIVIR® COMPRIME
Lamivudine 150mg et Zidovudine 300mg

Ce médicament est une association de d'inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse.

❧ **Pourquoi vous a-t-on prescrit ce médicament ?**

Ce traitement vous est prescrit pour une durée de 72 heures en moyenne et est éventuellement poursuivi, sur avis du médecin référent, pour une durée totale de 28 jours. L'objectif de ce traitement est d'éviter une éventuelle contamination par le virus de l'immunodéficience humaine. Il est important de ne pas interrompre votre traitement et de ne pas diminuer la posologie, même pendant une journée.

❧ **Quand et comment devez vous prendre votre médicament ?**

Les comprimés sont à avaler avec un grand verre d'eau.

Ce médicament peut être pris pendant ou en dehors des repas.

La dose journalière est répartie en deux prises, de préférence à 12 heures d'intervalle : 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir.

❧ **Que faire si vous avez oublié de prendre votre traitement ?**

Dès que vous vous rendez compte que vous avez oublié de prendre vos médicaments, prenez les le plus tôt possible avec de la nourriture puis reprenez la dose suivante selon le schéma habituel.

Si vous êtes proche du moment de la prise suivante, ne prenez pas la dose oubliée. Attendez et prenez la dose suivante comme d'habitude.

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

❧ **Quels sont les effets gênants de ce traitement ?**

Comme tout principe actif, ce traitement peut, chez certaines personnes, provoquer des effets plus ou moins gênants comme :

- troubles digestifs : nausées, vomissements, douleurs abdominales,
- neuropathie périphérique et pancréatite,
- maux de tête,
- fatigue, insomnie
- douleur musculaire,
- anémie, leucopénie, neutropénie.

Si ces effets gênants persistent, consultez votre médecin.

❧ **Quelles sont les précautions à prendre avec ce traitement ?**

- Si vous êtes enceinte ou si vous allaitez votre enfant, prévenez votre médecin,
- Chez les femmes en âge de procréer, un mode de contraception efficace doit être envisagé pendant toute la durée du traitement,
- Afin d'éviter de mauvaises associations avec d'autres médicaments, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien, ne prenez aucun autre médicament par vous-même,

❧ **Quelles sont les conditions de conservation de ces médicaments ?**

COMBIVIR® comprimé est à conserver à température ambiante sans dépasser 25°C.

Ce kit est réservé à l'usage hospitalier. Il ne peut donc vous être prescrit que par un médecin hospitalier et ne peut vous être délivré que par une pharmacie hospitalière.

Si vous êtes amené à consulter un médecin, dentiste ou si vous êtes hospitalisé, précisez que vous prenez ce traitement de façon à éviter toute interaction avec d'autres médicaments.

Soyez vigilant vis-à-vis de votre traitement. Au moindre problème, contactez votre médecin ou votre pharmacien.

KALETRA® COMPRIME
Lopinavir 200mg et Ritonavir 50mg

Ce médicament est une association de deux inhibiteurs de protéases.

❧ **Pourquoi vous a-t-on prescrit ce médicament ?**

Ce traitement vous est prescrit pour une durée de 72 heures en moyenne et est éventuellement poursuivi, sur avis du médecin référent, pour une durée totale de 28 jours. L'objectif de ce traitement est d'éviter une éventuelle contamination par le virus de l'immunodéficience humaine. Il est important de ne pas interrompre votre traitement et de ne pas diminuer la posologie, même pendant une journée.

❧ **Quand et comment devez vous prendre votre médicament ?**

Les comprimés sont à avaler avec un grand verre d'eau.

Ce médicament peut être pris pendant ou en dehors des repas.

La dose journalière est répartie en deux prises, de préférence à 12 heures d'intervalle : 2 comprimés le matin et 2 comprimés le soir.

❧ **Que faire si vous avez oublié de prendre votre traitement ?**

Dès que vous vous rendez compte que vous avez oublié de prendre vos médicaments, prenez les le plus tôt possible avec de la nourriture puis reprenez la dose suivante selon le schéma habituel.

Si vous êtes proche du moment de la prise suivante, ne prenez pas la dose oubliée. Attendez et prenez la dose suivante comme d'habitude.

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

❧ **Quels sont les effets gênants de ce traitement ?**

Comme tout principe actif, ce traitement peut, chez certaines personnes, provoquer des effets plus ou moins gênants comme :

- troubles digestifs : diarrhée, nausées, vomissements, douleurs abdominales, flatulences,
- gêne intestinale,
- maux de tête,
- fatigue, somnolence, insomnie
- douleur musculaire,
- éruptions cutanées.

Si ces effets gênants persistent, consultez votre médecin.

❧ **Quelles sont les précautions à prendre avec ce traitement ?**

- Si vous êtes enceinte ou si vous allaitez votre enfant, prévenez votre médecin,
- Chez les femmes en âge de procréer, un mode de contraception efficace doit être envisagé pendant toute la durée du traitement,
- Afin d'éviter de mauvaises associations avec d'autres médicaments, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien, ne prenez aucun autre médicament par vous-même,
- Si vous êtes hémophile (A ou B), il est possible de constater une légère augmentation du risque de saignement spontané.

❧ **Quelles sont les conditions de conservation de ces médicaments ?**

KALETRA® comprimé est à conserver à température ambiante sans dépasser 25°C.

Ce kit est réservé à l'usage hospitalier. Il ne peut donc vous être prescrit que par un médecin hospitalier et ne peut vous être délivré que par une pharmacie hospitalière.

Si vous êtes amené à consulter un médecin, dentiste ou si vous êtes hospitalisé, précisez que vous prenez ce traitement de façon à éviter toute interaction avec d'autres médicaments.

Soyez vigilant vis-à-vis de votre traitement. Au moindre problème, contactez votre médecin ou votre pharmacien.

Tableau 18-I Indications de la prophylaxie post-exposition vis-à-vis du VIH chez l'adulte.

ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG		
Risque et nature de l'exposition	Patient source	
	Infecté par le VIH	De sérologie VIH inconnue
Important Piqûre profonde, aiguille creuse, dispositif intravasculaire (artériel ou veineux)	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée si arguments épidémiologiques ⁽¹⁾
Intermédiaire Coupure avec bistouri Piqûre avec aiguille IM ou SC Piqûre avec aiguille pleine Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact supérieur à 15 minutes	Prophylaxie recommandée ⁽²⁾	Prophylaxie non recommandée
Minime Autres cas Piqûres avec seringues abandonnées Crachats, morsures ou griffures	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée
EXPOSITIONS SEXUELLES		
Risque et nature de l'exposition	Patient source	
	Infecté par le VIH	De sérologie inconnue
Rapports anaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque ⁽¹⁾
Rapports vaginaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque ⁽¹⁾
Fellation réceptive avec éjaculation	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie discutée si personne source ou situation reconnue à risque ⁽¹⁾
EXPOSITIONS CHEZ LES USAGERS DE DROGUE		
Risque et nature de l'exposition	Patient source	
	Infecté par le VIH	De sérologie inconnue
Important Partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
Intermédiaire Partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée

(1) Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque, c'est-à-dire :

- une personne usagère de drogue par voie intraveineuse ;
- une personne présentant ou ayant présentée une IST ulcéreuse au cours de sa vie ;
- un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ;
- une personne issue des communautés africaines subsahariennes ;
- une personne hétérosexuelle ayant des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels de statut sérologique inconnu.

(2) Accident avec exposition au sang d'un patient connu pour être infecté par le VIH, suivi, traité, indétectable depuis plusieurs mois et dont la charge virale a pu être recontrôlée juste après l'accident et s'avère toujours indétectable : dans ce cas particulier, lorsque le référent voit la personne exposée, 48 à 96 heures après l'instauration du TPE, le TPE pourra être interrompu. Dans les autres cas d'exposition, les experts considèrent que le rapport bénéfices/risques d'un TPE est insuffisant.



Société Française de
Lutte contre le Sida

REFERENTIELS EPP AES

Dispositif préalable

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



		...) : description des modalités, plages horaires & hebdomadaires		
La COREVIH est capable d'estimer l'activité d'AES sur son territoire	Il existe un recueil par la COREVIH des AES sur son territoire	Total des AES toutes causes et par principales causes % des établissements concourant au recueil		O ☐ / N ☐
	L'activité de prise en charge par la médecine du travail pour les AES du personnel de l'établissement est quantifiée	% d'établissements où les informations suivantes sont quantifiées annuellement : 1. nombre de déclarations d'AT pour AES 2. nombre de prises en charge en médecine du travail chez des soignants Existence d'un programme de réduction des AES		O ☐ / N ☐
				O ☐ / N ☐
La COREVIH favorise une prise en charge coordonnée des AES	Les différents établissements impliqués dans la prise en charge des AES ont établi des procédures concertées	% d'établissements de soins disposant d'un répertoire des ressources en matière d'AES et description des modalités		O ☐ / N ☐
		La procédure de prise en charge des AES est retrouvée dans les structures suivantes et est également archivée par la COREVIH. : - Urgences, CDAG, CDG, Centres de Soins Dentaires - Médecine du Travail - gynécologie obstétrique, pédiatrie - laboratoire de microbiologie (viro, bactério, parasito) - pharmacie - Autres services référents de la COREVIH (infectieux,...)		O ☐ / N ☐
La COREVIH favorise l'information quant à la prise en charge des AES sur son territoire	une procédure de prise en charge des AES est disponible dans les services de soins extra hospitaliers et les laboratoires de ville	Part des unités (services de soins, laboratoires) avec affichage (ou équivalent) du protocole local de prise en charge des AES		O ☐ / N ☐
	une procédure de prise en charge des AES est disponible pour les professions exposées	Existence et modalités de diffusion d'une procédure pour les pompiers, la police, la gendarmerie, les personnels pénitentiaires,...		O ☐ / N ☐
	une procédure de prise en charge des AES est disponible à destination de la population générale, via les associations	Existence et modalités de diffusion d'une procédure pour les associations de prévention et structures apparentées et modalités de diffusion		O ☐ / N ☐

Consultation médicale initiale

Références	Critères	Exemples d'indicateurs	Niveau de preuve	Validé
L'information nécessaire à la prise en charge du patient est recueillie	Chaque prise en charge d'AES bénéficie d'un dossier permettant la traçabilité et le chaînage de la prise en charge	<i>Il existe un dossier AES au nom de la personne exposée et retraçant la prise en charge initiale</i>		0 ☐ / N ☐
	Les informations complémentaires nécessaires à la prise en charge sont connues	<i>% de renseignements relatifs à l'existence ou l'absence de vaccination anti HVB</i>		0 ☐ / N ☐
		<i>% de renseignements relatifs à l'existence d'une contraception chez les femmes en âge de procréer</i>		0 ☐ / N ☐
	En cas de situation médico-légale, la coordination avec les instances compétentes est assurée	<i>% de renseignements relatifs à l'existence d'une situation médico-légale (viol, agression,...)</i>		0 ☐ / N ☐
		<i>La coordination avec les instances compétentes est notée dans le dossier</i>		0 ☐ / N ☐
	Renseignement des facteurs de risque propres à l'accident	<i>% des dossiers dans lesquels ces items sont renseignés : rapport sexuel non protégé, traumatique, rupture de préservatif, type de rapport -vaginal, anal, buccal- accident professionnel : tâche en cours, mécanisme, nature de l'exposition - piqûre, coupure, projection-, nature du liquide biologique en cause, saignement spontané ou non</i>		0 ☐ / N ☐
Prise en compte du risque infectieux autre	Prise en compte du statut sérologique du partenaire ou du sujet source dans l'évaluation. Prescription initiale de sérologies HVB, HVC, syphilis	<i>% des dossiers où les situations suivantes sont renseignées : - VIH (connu positif/TT en cours, découvert positif, inconnu)</i> <i>% de sérologies prescrites ou jugées non nécessaires : 1°) HVB 2°) HVC 3°) syphilis</i>		0 ☐ / N ☐
Information du patient	Des informations de prévention sont délivrées au patient quelle que soit l'issue de la consultation.			0 ☐ / N ☐



Biologie initiale

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



Décision Médicale

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



Dispensation

Références	Critères	Exemples d'indicateurs	Niveau de preuve	Validé
La disponibilité des ARV recommandés est garantie	Les ARV recommandés sont disponibles 24h / 24h 7j/7	<i>Présence des ARV recommandés dans un emplacement dédié sécurisé (pharmacie et/ou urgences) ou par délégation (avec convention) dans un établissement proche</i>		0 ☐ / N ☐
	Les ARV recommandés sont stockés et conditionnés selon les Bonnes Pratiques	<i>L'étiquetage des ARV est conforme à la réglementation (kits ou stock pharmacie)</i>		0 ☐ / N ☐
		<i>Il existe une procédure de suivi des dates de péremption des ARV pour AES</i>		0 ☐ / N ☐
Les conditions d'accès les modalités de prescription, de dispensation et d'administration sont établies	Le choix du circuit des ARV pour la personne exposée est clairement établi, selon le fonctionnement de l'établissement.	<i>Il existe une procédure décrivant le circuit thérapeutique pour toutes les situations (dispensation pharmaceutique effective, mise à disposition de kits en dehors d'une pharmacie ou orientation vers un autre établissement désigné)</i>		0 ☐ / N ☐
	Les procédures de prescription des ARV dans le cadre des AES sont établies	<i>Il existe une procédure décrivant les modalités de prescription, notamment la qualité des prescripteurs, la nature du support de prescription, les modalités de rédaction, les modalités de contact du référent</i>		0 ☐ / N ☐
		<i>la durée de prescription et de dispensation est décrite dans la procédure</i>		0 ☐ / N ☐
		<i>La durée maximale de prescription de 28 jours est, si besoin, fractionnée dès l'initiation du traitement en périodes de 3 à 7 ou 14 jours, dans l'objectif d'optimiser le suivi et l'observance.</i>		0 ☐ / N ☐
	Le délai entre la prescription et l'administration des ARV est optimisé et inférieur à 1 heure.	<i>L'heure de prescription et l'heure d'administration sont notées sur la prescription.</i>		0 ☐ / N ☐
	Si la dispensation a lieu à la pharmacie de l'établissement, la prescription fait l'objet d'une analyse pharmaceutique systématique complète	<i>Il existe une procédure comportant les étapes précises de l'analyse pharmaceutique (check-list : cohérence et adéquation aux recommandations, doses, interactions) avec une intervention si nécessaire</i>		0 ☐ / N ☐
	Les démarches administratives ne font pas obstacle à l'obtention des médicaments antirétroviraux en cas de prescription de ceux-ci par le médecin assurant la prise en charge initiale.	<i>Protocole de remise des ARV garantissant leurs remises et leurs gratuités quel que soit le statut du sujet exposé</i>		0 ☐ / N ☐



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



Suivi

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

Prise en charge financière

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

Confidentialité

Références	Critères	Exemples d'indicateurs	Niveau de preuve	Validé
Garantir la confidentialité de l'entretien, le respect de la dignité et la nécessaire empathie envers le sujet exposé et le sujet source lors de la prise en charge initiale	Le personnel du(es) service(s) qui assure(nt) l'accueil des patients et des sujets source a été formé et/ou sensibilisé au respect de la confidentialité	<i>Au moins 1 personne formée (depuis moins de 5 ans) 7j/7 et 24h/24 (si adapté) pour les services suivants :</i> ○ Urgences ○ CDAG ○ Consultation spécialisée ○ Pharmacie		O ☐ / N ☐
	Le personnel du(es) service(s) qui assure(nt) l'accueil des patients et des sujets source a été sensibilisé à l'empathie nécessaire lors de la prise en charge des patients consultant pour AES	<i>Au moins 1 personne formée (depuis moins de 5 ans) 7j/7 et 24h/24 (si adapté) pour les services suivants :</i> ○ Urgences ○ CDAG ○ Consultation spécialisée ○ Pharmacie		O ☐ / N ☐
	A chaque étape de la prise en charge, les locaux sont adaptés à la confidentialité de l'entretien	<i>Recueil par visite in situ : respect de la confidentialité visuel et sonore :</i> ○ Urgences ○ CDAG ○ Consultation spécialisée ○ Pharmacie		O ☐ / N ☐
Garantir l'obtention d'un consentement	Accord préalable du sujet source avant tout prélèvement ou test diagnostic	<i>Taux de dossiers où un tel accord est mentionné (ou figure)</i>		O ☐ / N ☐
	Accord préalable du patient pour la transmission des informations nécessaires à son suivi, pour tous les secteurs impliqués dans le suivi	<i>Taux de dossiers où un tel accord figure</i>		O ☐ / N ☐
Maîtrise de la confidentialité lors de la facturation	Il existe un circuit de facturation permettant une procédure d'anonymisation des soins et de la facturation	<i>Procédure existante et connue des personnels (enquête transversale)</i>		O ☐ / N ☐

Remerciements

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

VU

NANCY, le **23 septembre 2013**

Le Président de Thèse

Professeur C. RABAUD

NANCY, le **24 septembre 2013**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6627

NANCY, le 30/09/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE:

L'auteur présente une thèse sur l'évaluation des pratiques professionnelles de la prise en charge des AEV par le CHR de Thionville en Moselle.

Dans une première partie, après un bref rappel historique concernant le VIH, l'auteur présente les IST les plus fréquemment dépistées au CIDDIST de Thionville (hépatite B et C), ainsi que les moyens de dépistage à notre disposition.

Dans une deuxième partie, il analyse le fonctionnement de 3 services du CHR de Thionville (SAU, service de santé au travail et CIDDIST) dans la prise en charge des AEV sur l'année 2010 comparativement à un référentiel d'experts nationaux (référentiel de la SFLS).

Enfin il propose des mesures correctrices dans une troisième partie afin d'améliorer la prise en charge des AEV sur le bassin de population de Thionville (160 000 habitants à la frontière de 3 pays : Luxembourg/France /Allemagne), conformément au référentiel de bonnes pratiques.

Il ressort de cette analyse que des efforts de coordination, d'organisation des dossiers et d'uniformisation des supports de recueil des informations peuvent être réalisés afin d'améliorer encore la prise en charge des AEV.

TITRE EN ANGLAIS:

Evaluation of the professional practices (EPP) in the management of accidents exposing to viral hazard (AEV) in Thionville hospitals (AES data).

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE**ANNÉE: 2013**

MOTS CLEFS :

Evaluation des pratiques professionnelles (EPP). Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles(CIDDIST). Centre de dépistage anonyme et gratuit(CDAG) .Lutte contre l'infection par le VIH et autres IST. Centre hospitalier régional (CHR) de Thionville. Accident d'exposition aux virus (AEV).

UNIVERSITÉ DE LORRAINE**Faculté de Médecine de Nancy**

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex