

Freins et leviers de la prise en charge du traitement post-exposition au VIH

Barriers and levers to HIV post-exposure prophylaxis

Nicolas Charpentier¹, Guillemette Quatremère¹, Xavier Mabire², Sabrina Roduit¹, Vanessa Laguette², Didier Spittler¹, Elodie Guillois¹, Cyril Martin¹, Daniela Rojas Castro^{1,2}, Marie Préau^{2,3}

➔ Résumé

Introduction : Dans un contexte d'émergence de la prévention combinée du VIH en France, le traitement post-exposition (TPE) apparaît mal connu et sous-utilisé. Cette étude vise à investiguer les représentations et freins perçus du recours au TPE ainsi que de son suivi.

Méthodes : Une étude exploratoire qualitative par entretiens semi-directifs a été menée dans la région Rhône-Alpes (2015). Des personnes ayant eu recours au TPE dans les 12 derniers mois (n = 11), des personnes ayant eu besoin d'un TPE sans en bénéficier (n = 9), et des professionnels intervenant dans la prise en charge (n = 9) ont été interrogés. Les données ont été analysées *via* des analyses textométrique (Iramuteq) et thématique-catégorielle (Nvivo).

Résultats : L'analyse des données indique que les barrières à l'accès et au suivi résident dans : le délai de prise en charge, le sentiment de jugement, des difficultés à suivre le traitement, la maîtrise aléatoire du protocole et les pratiques hétérogènes des professionnels. *A contrario*, la qualité de la relation avec les professionnels, le fait d'être soutenu et accompagné (partenaire, association, médecin) apparaissent comme des facilitateurs. Les participants proposent de diversifier l'accès au TPE et de former le personnel soignant.

Conclusion : Deux enjeux émergent pour repenser la place du TPE dans la prévention combinée : (1) agir sur les connaissances, les pratiques et les attitudes des professionnels ; (2) faire évoluer les recommandations quant à la prescription de première intention, les modalités d'accès au TPE et l'accompagnement en santé sexuelle.

Mots-clés : VIH ; Prophylaxie post-exposition ; Prévention combinée ; Prise en charge ; Urgence.

➔ Summary

Introduction: In the context of emerging combined prevention of HIV in France, post-exposure prophylaxis (PEP) appears to be poorly known and underutilized. This study was designed to investigate the representations and perceived barriers to PEP use and PEP follow-up.

Methods: A qualitative, semi-directed interview-based exploratory study was conducted in the Rhône-Alpes region (2015) among individuals who had used PEP during the previous 12 months (n=11), individuals in whom PEP was indicated, but was not administered (n=9), and healthcare professionals involved in PEP management (n=9). Data were submitted to textual analysis (Iramuteq) and thematic/categorical analysis (Nvivo).

Results: Data analysis indicated that the barriers to PEP access and follow-up were delayed management, a feeling of being judged, treatment adherence difficulties, inconsistent mastery of the protocol and heterogeneous professional practices. In contrast, the quality of the doctor-patient relationship and the presence of support (partner, association, doctor) appeared to be facilitating factors. The participants proposed more diverse access to PEP and training of healthcare providers.

Conclusion: Two challenges were identified to improve the place of PEP in combined prevention: (1) improvement of healthcare professionals' knowledge, practices and attitudes; and (2) revision of the guidelines concerning first-line prescription, the conditions for access to PEP, and sexual health support.

Keywords: HIV; Post-exposure prophylaxis; Combined prevention; Management; Emergency.

¹ Association AIDES – 14 rue Scandicci – 93508 Pantin – France.

² Université Lyon 2 – GRePS EA 4163 – Lyon – France.

³ SESSTIM – UMR 912 – Marseille – France.

Correspondance : G. Quatremère
gquatremere@aides.org

Réception : 21/04/2016 – Acceptation : 31/10/2016

Introduction

L'épidémie du VIH/Sida en France est marquée par une stagnation de sa dynamique en population générale, avec environ 6 500 nouvelles découvertes par an [1]. Certains groupes sont plus touchés par l'épidémie : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les personnes migrantes originaires de pays à haute prévalence, ou encore les travailleur·ses du sexe (TS) et les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI). En particulier, les HSH représentent une population-clef avec plus de 40 % des nouvelles infections et une incidence en hausse notamment chez les jeunes [2, 3].

La prévention du VIH/Sida a évolué vers le paradigme de prévention combinée [4]. Il s'agit de penser l'offre de prévention en associant l'ensemble des stratégies structurales, biomédicales et comportementales validées. C'est un argumentaire renouvelé, globalisant, d'éducation et de promotion de la santé sexuelle et de réduction des risques [5, 6].

Parmi ces stratégies de prévention combinée, la prévention biomédicale se décline à la fois en une prophylaxie pré-exposition du VIH (PrEP) [7] et en une prophylaxie post-exposition. Cette dernière – aussi appelée traitement d'urgence ou traitement post-exposition (TPE) – a intégré la palette de la prévention contre le VIH en 1998 en France [8] et s'adresse aux personnes qui ont été exposées à un risque de contamination par le VIH dans le milieu professionnel, lors d'un rapport sexuel non protégé ou de l'utilisation d'une seringue souillée.

L'introduction de cette nouvelle stratégie de prévention a été obtenue sous l'influence du milieu associatif qui demandait l'égalité d'accès entre accident d'exposition professionnel et sexuelle, et ce face aux recommandations des épidémiologistes argumentant une pratique plus restrictive de ce traitement [9]. La mise en place du TPE n'a pas été sans polémique, ses détracteurs avançant l'idée qu'il pouvait conduire à une moindre utilisation du préservatif et à la banalisation du recours au TPE [10]. La période (1998-2008) était alors marquée par une tension entre les acteurs défendant le « tout préservatif » et ceux défendant une approche plus pragmatique, basée sur le principe de « réduction des risques sexuels » [11].

En France, le TPE doit être accessible dans les services spécialisés (service des maladies infectieuses, centre de dépistage hospitalier) ainsi que dans les services d'urgences. Le traitement est d'autant plus efficace qu'il est débuté rapidement : si possible dans les quatre heures suivant

l'exposition au risque et au maximum dans les 48 heures. En cas de passage par les urgences, après une évaluation du risque et examens nécessaires réalisés, les premiers comprimés du traitement peuvent alors être prescrits (*starter kits*). La personne est ensuite orientée vers un spécialiste référent qui devra réévaluer les risques (type de pratiques sexuelles / type de matériel d'injection partagé, sérologie du partenaire, appartenance du partenaire à un groupe dont la prévalence du VIH est élevée) et assurer le suivi [12]. La personne éligible au TPE reçoit alors un traitement prophylactique pour 28 jours. Des dépistages du VIH et autres examens sont réalisés à l'initiation, en milieu et fin de traitement, puis jusqu'au quatrième mois suivant l'événement.

Hors accident d'exposition sanguin dans un cadre professionnel, les données disponibles en France montrent que cet outil est peu connu par les publics les plus concernés et que des opportunités manquées sont constatées [13, 14]. Au vu des indicateurs d'exposition au risque VIH et du faible nombre de déclarations de recours au TPE, il semble que le TPE soit sous-utilisé, chez les HSH notamment. L'enquête EMIS (*European MSM Internet Survey*), menée en 2010 sur un grand échantillon de HSH (plus de 10 000 répondants), indique une exposition au risque de l'ordre de 25 % (sexe anal non protégé avec un partenaire de statut différent ou inconnu dans les 12 derniers mois) alors que le recours au TPE a concerné seulement 9 % des répondants HSH en France (sans critère de temps) [15]. Nous observons des données similaires chez les HSH fréquentant les lieux de rencontres extérieurs en Suisse romande et sur l'arc alpin français, respectivement 30,8 % et 7 % [16].

Plusieurs rapports d'experts traitent des étapes pouvant être délicates dans le processus pour arriver jusqu'au TPE : l'accès en lui-même et la rapidité de la prise en charge, l'évaluation du risque, la prise du traitement dans le temps [6, 17]. Les experts recommandent une évolution du dispositif, notamment en termes d'information, d'accès et d'accompagnement dans le suivi. Il s'avère aussi que les barrières du recours (et du suivi) au TPE sont mal documentées. L'objectif de cette étude est ici d'explorer, dans une approche compréhensive, les freins et leviers du recours au TPE en France auprès des différents acteurs concernés.

Méthodes

S'agissant d'une étude exploratoire, un recueil de données qualitatives a été privilégié [18] afin d'explorer l'expérience subjective et les logiques sous-jacentes [19] du rapport au

TPE des populations-cibles, tout en intégrant ces expériences dans leurs différentes trajectoires de vie. Un recueil par entretiens semi-directifs [20] a été mené auprès de personnes ayant toutes connaissances du TPE.

Trois populations-cibles ont été interrogées : (groupe 1, G1) des personnes qui ont suivi un TPE dans les 12 derniers mois, (groupe 2, G2) des personnes qui n'ont pas recouru au TPE suite à une prise de risque dans les 12 derniers mois, (groupe 3, G3) des prescripteurs de TPE. Les prises de risque décrites par les personnes interrogées sont des rapports anaux ou vaginaux sans préservatif (absence ou rupture de préservatifs) avec des partenaires dont le statut sérologique est différent ou inconnu au moment du rapport. L'étude s'est déroulée en région Rhône-Alpes.

L'échantillon a été construit de façon à maximiser la diversité dans les profils des trois groupes de répondants [21]. Pour les groupes 1 et 2, il s'est agi de diversifier les profils principalement en fonction du sexe, de l'âge et de l'orientation sexuelle, ainsi que du département de résidence. S'agissant du groupe des prescripteurs, les critères étaient ciblés sur la représentation des différents types de structures délivrant le TPE (centres de dépistage – Cegidd¹, services d'urgences des CHU, services d'urgences régionales, et services d'infectiologie), en Rhône-Alpes (Isère, Rhône, Savoie, Haute-Savoie et Ain).

Le recrutement des participants et les entretiens ont été effectués entre février et juillet 2015. Pour les groupes 1 et 2, il s'est fait *via* des flyers, affichettes et annonces sur Internet, dans les lieux de délivrance du TPE (Cegidd et services hospitaliers), durant les actions de l'association AIDES et au travers des médias sociaux communautaires. Quatre personnes ont contacté l'équipe de recherche après avoir vu un flyer/affiche ou *via* un contact au Cegidd, et la majorité (n = 16) a participé à l'étude après proposition d'un-e volontaire de AIDES. Pour le groupe 3, la proposition de participation a été effectuée par courriel dans les services (la décision de qui participerait a été prise par les équipes médicales ou par tirage au sort), ainsi que *via* les contacts des membres du comité de pilotage.

Le guide d'entretien pour les groupes 1 et 2 visait à interroger les personnes sur les thématiques suivantes : le rapport au VIH, leur parcours sexuel, leurs logiques de prévention, leurs connaissances du TPE, leurs recours au dispositif, les freins et les leviers perçus quant à l'accès au TPE, le suivi du TPE, les propositions d'amélioration de

l'offre. Le guide d'entretien utilisé auprès des prescripteurs reprenait les mêmes thématiques et y associait des questions relatives à leurs pratiques professionnelles.

Cette étude a été approuvée par le CCTIRS² (14.666) et la CNIL (91 5074).

Le recueil de données a été mené par des personnes formées à la passation d'entretiens de recherche. Ces derniers ont été enregistrés et retranscrits intégralement. Le corpus a été lu de manière croisée par l'équipe de recherche. Des catégories d'analyse ont ainsi été identifiées. Pour aider à l'analyse de contenu, le logiciel Nvivo (NVivo qualitative data analysis Software ; QSR International Pty Ltd. Version 10 2012) [22] a été utilisé, facilitant l'indexation du corpus. L'approche qualitative choisie ne permet pas d'envisager de recueillir des données auprès d'un échantillon représentatif mais il s'agit bien d'investiguer l'expérience vécue des participants qui permet de lier dans un même discours, les expériences singulières et biographiques inhérentes à ces situations. Ainsi, lors de l'analyse des données, il s'est agi à la fois de s'intéresser aux contenus abordés par les participants mais aussi, à la façon dont ils sont exprimés.

Résultats

Au total, 29 personnes ont été interrogées. La majorité des participants des groupes 1 (n = 11) et 2 (n = 9) sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (n = 18). L'âge médian des usagers interviewés est de 35 ans. Sur l'ensemble de l'échantillon, trois personnes se déclaraient bisexuelles, deux consommaient des drogues notamment par injection, une personne se prostituait, et trois avaient un parcours migratoire. Concernant le groupe des prescripteurs (n = 9), un médecin infectiologue, quatre médecins urgentistes (dont la moitié dans des grandes urgences), un interne en médecine aux urgences, deux médecins de Cegidd, et une infirmière de Cegidd ont été interrogés. Leur ancienneté dans la profession va de sept mois à 25 ans.

Parmi les personnes interrogées du groupe 1, cinq sont allées aux urgences pour avoir accès au traitement, quatre sont allées dans un centre de dépistage, deux dans d'autres lieux (clinique privée, centre de dépistage en action hors

¹ Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles.

² Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé.

les murs). La plupart des personnes du groupe 2 ne s'est pas déplacée pour avoir accès au TPE : seules deux sont allées aux urgences. Pour les autres, les déterminants intervenant en amont de l'accès concret au traitement les ont fait renoncer au TPE : évaluation de la prise de risque selon le partenaire, état d'esprit sur le moment, etc.

L'analyse des données recueillies permet d'identifier plusieurs déterminants qui ont rendu difficile l'accès ou le suivi du traitement post-exposition. Ils sont exposés dans la première partie de ce chapitre. Les éléments qui, à l'inverse, ont pu faciliter l'accès au traitement ainsi que les pistes d'amélioration proposées par les personnes interrogées, sont présentés dans une seconde partie. Dans cet article, nous nous intéressons plus particulièrement aux déterminants de l'accès au TPE, en dehors de l'évaluation du risque et de la prise de décision de recourir par la personne. C'est pourquoi nous ne distinguerons pas, dans la présentation des résultats, les participants des groupes 1 et 2.

Les barrières à l'accès et/ou au suivi du TPE

Si plusieurs freins interviennent en amont (difficulté à évaluer le risque, se décider, savoir où aller, distance géographique du lieu de délivrance, horaires, etc.), la majorité des freins exprimés dans les discours sont relatifs aux conditions de la prise en charge. La plupart des personnes interviewées rapportent une prise en charge qu'ils jugent globalement satisfaisante mais toutes identifient un élément qui a compliqué l'accès ou le suivi de leur traitement, en particulier en services d'urgences.

Le délai de prise en charge

L'attente précédant la prise en charge limite l'accès au TPE. C'est un paramètre qui est souvent anticipé négativement par les usagers en raison des représentations liées aux services des urgences ou d'expériences antérieures.

L'attente, pour les personnes ressentant un stress lié à la situation vécue (risque de contamination par le VIH), peut être un moment particulièrement anxiogène et décourageant. Une des personnes interviewées qui s'était rendue aux urgences suite à un rapport anal sans préservatif a ainsi attendu pendant 2 h 30, et, voyant qu'elle n'était pas prise en charge, a décidé de partir et de renoncer au traitement. Ce long délai d'attente a, dans ce cas, été amplifié par le fait que les agents présents méconnaissaient l'existence du TPE : elle a donc dû expliquer sa demande à trois personnes différentes.

De plus, une durée d'attente prolongée aux urgences est vécue comme particulièrement injustifiée pour les personnes qui ont intériorisé les recommandations de venir rapidement après la prise de risque pour que le traitement soit le plus efficace possible. Certains en viennent à relativiser le caractère prioritaire de leur demande.

Le sentiment de jugement

Plusieurs personnes témoignent de jugement de la part du personnel soignant lors de leur demande de traitement (sept personnes). Cela concerne des réflexions sur les prises de risque sexuelles ou l'orientation sexuelle. Des « discours moralisateurs » sur la récurrence du recours au TPE sont aussi rapportés, et ce, même en services spécialisés de dépistage. Là encore, ce type d'attitudes est anticipé par les personnes, notamment suite à une expérience antérieure négative de TPE (deux personnes).

Par ailleurs, la crainte de rencontrer une personne connue en salle d'attente, d'être visible, ainsi que le manque de confidentialité dans les services ont été soulevés comme facteurs démotivants et rendant plus difficile l'accès au TPE.

« Je n'ai pas envie d'en parler devant la salle d'attente, devant les gens à l'accueil, je n'ai pas envie d'avoir à expliquer exactement comment ça s'est passé à un médecin [...] Je n'ai pas envie de mentir mais je n'ai pas envie d'être confronté à quelqu'un qui me regarderait mal. Et puis, je n'ai surtout pas envie de passer l'accueil et dire ce qu'on a et qu'il y a des gens assis juste à côté ».

La difficulté de la prise du traitement et du suivi médical

Des freins dans le parcours interviennent également après l'initiation d'un traitement, que ce soit sur le plan biologique ou structurel. En premier lieu, près de la moitié des interviewés du groupe ayant eu recours au TPE évoquent la survenue d'effets indésirables importants, jugés gênants, au point que deux personnes ont pensé à arrêter le traitement. Un participant n'a pas recouru au TPE par crainte de revivre les mêmes effets indésirables qu'il avait endurés la fois précédente.

« J'ai réagi comme ça parce que je ne voulais vraiment pas repasser par la case TPE parce que moi ça m'a traumatisé, ce truc. Dans le sens où les effets, ce n'était vraiment pas possible pour moi ».

Certains participants soulignent des contraintes structurelles dans leur suivi : des difficultés de mobilité (ne pas

avoir de voiture) pour se rendre aux rendez-vous, la durée jugée trop longue du suivi (essoufflement), le fait de ne pas avoir la totalité du traitement tout de suite – seuls les comprimés pour les trois premiers jours sont dispensés aux urgences (*starter kit*) – sont évoquées comme autant de freins à un suivi complet du traitement. Par ailleurs, une personne n'a eu aucun suivi proposé après la non délivrance d'un TPE (risque jugé trop faible), ce qui lui a procuré un sentiment d'incertitude quant à son état de santé.

Le niveau de maîtrise du protocole

Les professionnels relèvent l'existence d'un protocole sur le TPE dans chaque établissement concerné. Néanmoins, sa maîtrise varie fortement d'un professionnel à l'autre, en fonction de son ancienneté dans la profession, de son rôle dans le dispositif de délivrance et de la fréquence de prise en charge de patients pour un TPE. Les professionnels non spécialistes du VIH et peu confrontés à des demandes de TPE ont ainsi plus de difficultés à maîtriser les protocoles. La majorité des professionnels interrogés indiquent une difficulté à se tenir informés et à maîtriser les nouvelles recommandations concernant le VIH.

Pour la majorité des professionnels interrogés, la délivrance du TPE doit être faite dans les 48 heures maximum après une prise de risque, mais certains parlent d'un délai de 72 heures, ou d'une extension selon les situations (comme après un viol). Pour certains, le délai recommandé n'est pas connu avec certitude. La notion de priorité diffère selon les établissements. Aux urgences, les « filières » auxquelles sont affiliés les patients varient (une personne interviewée parle de passage en « filière courte » – c'est-à-dire une filière des situations non-urgentes et traitées aux urgences, relevant plutôt de la médecine générale et devant permettre au patient de sortir en environ deux heures avec un traitement et une orientation). On constate que le caractère prioritaire n'est pas toujours bien interprété par les soignants. À titre d'exemple, un participant raconte un refus de prise en charge, s'étant vu recommandé de revenir le lendemain lorsque le service serait moins chargé.

Les professionnels interrogés mentionnent la difficulté d'évaluer les risques pris par les patients, malgré l'algorithme proposé dans les protocoles. Par conséquent, on observe des différences lors de l'évaluation des risques sexuels en vue d'un TPE. Au-delà du protocole, des adaptations sont faites par les soignants. Ainsi, certains professionnels donnent le traitement si la personne est très stressée, même si cela n'est pas justifié au vu des recommandations, ou au contraire, ne le donnent pas en cas de fellation ou si le partenaire est connu. La difficulté

d'expliquer que le traitement n'est pas nécessaire et le besoin de faire appel à un médecin spécialiste référent, est soulignée par quatre professionnels interviewés. À l'inverse, certains usagers rapportent qu'ils ont dû être très insistants pour avoir le traitement. Avoir eu un soutien avant (discuter avec un acteur associatif, un partenaire, etc.) ou être accompagné, apparaît comme facilitant pour obtenir le traitement.

Des pratiques hétérogènes

Il ressort également que les pratiques médicales ne sont pas uniformisées entre les différents établissements concernant la procédure de délivrance du TPE. Cela peut participer à un sentiment d'informations contradictoires pour les usagers, d'être perdu, tel que cela a été ressenti par un participant.

La qualité de l'échange lors de la prise en charge est également dépendante des lieux : quatre professionnels interviewés mentionnent un temps de discussion sur la vie sexuelle, là où trois autres expliquent que ce n'est pas de leur ressort et qu'ils redirigent les personnes vers les services spécialisés ou les pharmaciens.

Notons également que les molécules prescrites ne sont pas similaires entre les différents lieux (pour moitié tenofovir/emtricitabine + lopinavir/ritonavir et pour l'autre tenofovir/emtricitabine + darunavir + ritonavir, ou encore tenofovir/emtricitabine seuls dans un cas).

Facilitateurs perçus de l'accès et la prise en charge du TPE

La qualité de la relation avec les professionnels est l'un des éléments déterminants souligné par plusieurs répondants. Un « bon » accueil et une « bonne » relation avec le médecin ont été rapportés par quatre personnes, en particulier dans les services spécialisés (Cegidd, service d'infectiologie), où les relations sont dans l'ensemble perçues comme plus positives qu'aux urgences. Une prise en charge rapide et non-jugeante permet ainsi un accès facilité au TPE.

« [Le médecin du Cegidd] m'a très très bien accueilli, il m'a vraiment apporté les réponses que je voulais, il m'a vraiment rassuré sur la prise du traitement, sur son efficacité, sur tout ça, donc il a vraiment été formidable ».

Être soutenu dans son suivi est souligné comme une aide importante par la moitié des répondants ayant eu recours au TPE, notamment sur la gestion des effets secondaires et

l'observance, que ce soit par le partenaire régulier, un acteur associatif, ou encore le médecin qui s'occupe du suivi.

Pistes d'amélioration identifiées par les personnes

La piste soulevée par tous les participants des trois groupes interrogés concerne l'amélioration de l'accessibilité du TPE en le « sortant des urgences », afin de simplifier et réduire les délais de prise en charge. Plusieurs lieux alternatifs, jugés plus accessibles en termes géographiques et plus rapides en termes de prise en charge, mais aussi en raison de leur discrétion et d'un moindre jugement, sont évoqués : les pharmacies, pour avoir accès au traitement « comme une pilule du lendemain » (n = 4 - G2), un dispositif communautaire dans les associations ou chez soi (starter kit à domicile comme une « trousse de secours ») (n = 4 - G1/G2) ; au travers d'une prescription *via* les médecins (généralistes, de garde, ou délégation médicale à un personnel paramédical) (n = 4 - G1/G3).

Enfin, tous les groupes interrogés s'accordent sur la nécessité de former le personnel médical. D'après les professionnels, cette formation devrait principalement être destinée au personnel d'accueil (tri) et aux médecins (urgentistes et généralistes). Les usagers insistent, en particulier les personnes qui n'ont pas eu recours au TPE malgré une prise de risque, pour que cette formation vise le changement des attitudes du personnel soignant : une meilleure écoute, une absence de jugement et la suppression des discours moralisateurs.

Discussion

Les résultats de cette étude exploratoire permettent de mettre en avant différents facteurs perçus du recours et non recours au TPE pour des personnes à risque face au VIH/Sida. Les conditions d'accueil et de prise en charge apparaissent comme des déterminants majeurs de l'accès au TPE. Un accueil et une prise en charge exempts de tout jugement, discrets et rapides sont rapportés comme des facteurs facilitants. Le fait d'être accompagné par un proche, un acteur associatif ou un professionnel de santé au moment de la demande de TPE puis lors de la prise du traitement est également perçu comme facilitateur. En revanche, les effets indésirables et la lourdeur du suivi apparaissent dans les récits comme des facteurs limitant le

recours au TPE. Les pratiques des soignants apparaissent hétérogènes et peuvent porter à confusion pour les demandeurs de TPE, surtout ceux ayant déjà eu des expériences de recours au TPE. Des pistes d'amélioration ont été identifiées, plus spécifiquement l'opportunité d'un accès hors des urgences ainsi que des enjeux de formation des professionnels.

La plupart des participants ont été recrutés au travers des actions de l'association AIDES (permanences de santé sexuelle, interventions extérieures sur les lieux de rencontres homosexuelles, lieux d'accueil bas seuil pour les personnes en situation de précarité, lieux de prostitution, Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (Caarud), etc.). Cela a certainement favorisé la participation de personnes plus informées concernant le dispositif de TPE en raison de leur contact avec une association spécialisée. La majorité des participants du G1 et G2 sont des HSH. Ce constat est congruent avec ce qui est relevé dans la littérature, à savoir que cette population est certainement la plus informée et a davantage recours au TPE [13, 15]. Néanmoins la connaissance dans cette population reste relativement limitée. Soulignons par ailleurs, l'absence de connaissance de ce dispositif chez les personnes migrantes, travailleuses du sexe ou encore usagères de drogues.

L'accueil et la prise en charge : l'enjeu de la formation des acteurs

Les difficultés au moment de l'accueil et de la prise en charge au sein des services d'urgences sont récurrentes et sont rapportées tant par les participants utilisateurs que par les participants professionnels. Ces derniers expliquent ces dysfonctionnements par le fait que les services des urgences doivent gérer un flux de patients, en traitant les urgences vitales puis fonctionnelles. L'accident d'exposition sexuel semble en ce sens ne pas être considéré comme une urgence vitale et donc positionné en bas d'une hiérarchie des urgences. Ce résultat ressort aussi dans un service ayant mis en place une filière courte et ayant inclus l'accident d'exposition sexuel dans cette même filière. Cela peut donc laisser penser qu'il ne s'agit pas exclusivement d'un enjeu d'organisation de la prise en charge mais bien d'un enjeu de formation des professionnels. Pour aller dans ce sens, il apparaît que le protocole pour répondre à un accident d'exposition sexuel est mal connu (besoin de se référer au document de protocole lors de l'entretien) et mal maîtrisé (approximation dans le délai de délivrance, dans la connaissance des molécules délivrées, le contenu d'un

entretien de réduction des risques et le bilan biologique à prescrire, difficultés pour évaluer les risques, etc.), comme cela est constaté dans d'autres études, en particulier pour les soignants ayant peu l'habitude de prescrire [23].

Les freins rapportés renvoient également à des jugements sur l'orientation sexuelle de la personne, ses pratiques sexuelles, l'absence d'utilisation d'un préservatif, le multi-partenariat. Le caractère généraliste des services d'urgences, comme de certains centres de dépistage, montre les limites d'un dispositif qui, parce que l'épidémie est concentrée dans des groupes de population fortement stigmatisés, devrait s'inscrire dans des espaces compréhensifs et bienveillants. Les professionnels des services d'urgences interrogés, pour leur part, admettent leur limite dans l'évaluation même du niveau de risque et leur capacité à parler de sujets touchant à l'intime et à la sexualité de leurs patients.

Ces résultats montrent ainsi un enjeu de formation des acteurs. Une formation, initiale ou continue, adaptée, pourrait mieux intégrer la connaissance et la maîtrise du protocole. Elle pourrait également intégrer un travail sur les représentations et la posture des soignants quant à l'accueil de publics vulnérables [24-27]. La question de la formation pourrait être traitée au travers des Comité de coordination régionale du VIH (COREVIH) en lien avec les établissements de formation (facultés de médecine, Institut de formation en soins infirmiers, etc.) les services, les réseaux professionnels d'urgentistes ou encore la Société française de médecine d'urgence.

Suivi des patients : pour de nouvelles recommandations de prise en charge

La lutte contre le VIH bénéficie de recommandations de prise en charge régulièrement mises à jour par un collège d'experts. Ces recommandations permettent d'harmoniser les pratiques, charge ensuite aux services concernés ou aux COREVIH de conduire ce travail. Notons que la dispensation du starter kit *via* les services d'urgences fait intervenir des professionnels non spécialistes du VIH, l'harmonisation des pratiques doit donc se faire avec les acteurs spécialisés (services VIH, COREVIH). En ce sens, trois points seraient à questionner quant à la prise en charge du TPE de demain.

Effets indésirables des traitements et observances : ou pourquoi utiliser les recommandations de prise en charge

On constate dans l'étude que la tolérance au traitement et les effets indésirables ressentis sont peu pris en compte par les soignants. En présence d'effets indésirables

rapportés et pouvant entraîner un arrêt de traitement, aucune solution de confort ou changement de traitement antirétroviral n'ont été proposés. Or, les recommandations de prise en charge [12] proposent un choix de molécules permettant d'adapter le traitement initial afin d'optimiser sa tolérance sur ce temps court de traitement. En ce sens, certaines recommandations étrangères [15, 28, 29] incluent déjà un autre type de molécule dans le traitement de première intention au motif de son meilleur profil de tolérance. Cette absence de proposition de changement de traitement peut s'expliquer par le manque d'appropriation des recommandations en la matière mais pourrait aussi s'expliquer en partie par des considérations économiques dans une période de recherche de maîtrise des coûts de la santé. Il a, en effet, été identifié dans d'autres études que le coût des traitements pouvait être un frein à la prescription [23].

Organiser un parcours en santé sexuelle

Il apparaît que le fait d'être soutenu et accompagné constitue un levier favorable dans le suivi du traitement alors que ce soutien ne semble pas toujours disponible ou proposé. Parallèlement, il apparaît qu'un suivi n'est pas systématiquement proposé en cas de non délivrance d'un traitement, renvoyant à la personne la charge d'organiser par ses propres moyens la réalisation de dépistages comme ceux des infections sexuellement transmissibles (IST). La notion de parcours (ou suivi) serait donc mieux identifiée lors d'une prise en charge avec prescription du traitement. Ce point doit nous interroger sur l'organisation du parcours en santé sexuelle et la manière dont les offres se combinent (traitement des IST, dépistage régulier, PrEP, *counseling*, vaccination, etc.), pour éviter des opportunités manquées de dépistage, vaccination, etc. [30-32]. Ainsi, il serait important de mieux penser la place du médecin et des acteurs associatifs dans les parcours de santé sexuelle, dans une perspective globale de prise en charge et une logique coordonnée des offres en santé sexuelle.

Réduire la distance à l'offre

Enfin, la question de « distance » à l'offre, qu'elle soit géographique ou liée au milieu hospitalier, comme suite à une mauvaise expérience précédente en services d'urgences, suggère de repenser les possibilités d'accès, tant en termes de proximité géographique (pharmacies de garde) que de proximité communautaire (accessibilité en milieu associatif et communautaire, trousse de secours à la maison). Des pistes d'amélioration du dispositif ont été proposées

par les personnes interrogées, cohérentes avec certaines propositions d'experts [6, 13] et expérimentations [26]. Celles-ci représentent autant de leviers potentiels pour une réévaluation de la place du TPE dans le dispositif de la prévention combinée, à l'heure où les antirétroviraux tendent à occuper une place de plus en plus importante dans la palette préventive du VIH. Les nouvelles structures de dépistage (Cegidd) élargissent en ce sens l'offre des lieux de délivrance du TPE. Une rénovation des recommandations d'experts pourrait, de nouveau, inclure une réflexion sur l'ouverture du dispositif à de nouveaux espaces de délivrance des starters kits.

Conclusion

L'étude exploratoire, menée auprès de personnes ayant eu besoin du traitement post-exposition pour le VIH et des professionnels de santé impliqués dans sa délivrance en Rhône-Alpes, décrit et met en évidence les difficultés d'accès au TPE rencontrées par des publics exposés au VIH, en particulier lors de l'accueil et de la prise en charge, ainsi que dans le suivi du traitement. La formation des acteurs concernés par la délivrance du TPE et l'amélioration du suivi des personnes dans une perspective d'offre globale de santé sexuelle semblent nécessaires. À l'heure du développement des Cegidd, qui apparaissent comme des lieux privilégiés de délivrance du TPE, et d'une montée en puissance de la prévention biomédicale du VIH, les résultats de l'étude ANRS-Qualipep représentent autant de propositions à prendre en compte dans l'établissement de nouvelles recommandations quant à la dispensation du TPE en France.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Remerciements

Les auteurs remercient les personnes ayant participé à l'étude, ainsi que les membres du comité de pilotage et du comité scientifique : Silvere Biavat (CH Chambéry), Virginie Bienek (Cegidd Grenoble et Service d'Urgences GHMF), Alexandra Calmy (Hôpital cantonal de Genève), Sandro Cattacin (UNIGE), Laurent Cotte (CHU Lyon), Elias Choucair (ANRS), Cécile Dantzer (Laboratoire de psychologie, université de Bordeaux), Véronique Doré (ANRS), Christine Fernandez (Cegidd Croix-Rousse), Djamilia Makloufi (CHU Lyon), Nora Moumjid (GATE), Virginie Vitrat (CH Annecy Genevois), Sylvie Vanderschilt (Sida Info Service Rhône-Alpes).

Références

1. Cazein F, Lot F, Pillonel J, Strat YL, Sommen C, Pinget R, *et al.* Découvertes de séropositivité VIH et sida France, 2003-2012. 2014 ; Available from: <http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12010>.
2. Institut de veille sanitaire. Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST, 1^{er} décembre 2014 [Internet]. 2014. Available from: <<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites>>.
3. Lot F, Smati J, Montlahuc C, Cazein F, Barin F, Le Strat Y, *et al.* Découvertes de séropositivité VIH chez les jeunes en France, 2003-2013. *Bull Épidémiologique Hebd.* 2015;(40-41):744-51.
4. Chang LW, Serwadda D, Quinn TC, Wawer MJ, Gray RH, Reynolds SJ. Combination implementation for HIV prevention: moving from clinical trial evidence to population-level effects. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(1):65-76.
5. World Health Organization. Fast-tracking combination prevention [Internet]. World Health Organization; 2014 [cited 2016 Mar 30]. Available from: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151019_JC2766_Fast-tracking_combination_prevention.pdf>.
6. Lert F, Pialoux G. Mission RDRs [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 24]. Available from: <http://www.corevih-bretagne.fr/ckfinder/userfiles/files/presentation-du-corevih/institutionnels/RDRS_rapport_VL.pdf>.
7. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Recommandation temporaire d'utilisation (rtu). Truvada (association fixe emtricitabine / fumarate de tenofovir disoproxil) 200 / 245 mg, comprimé pelliculé. Protocole de suivi des personnes traitées par truvada. Pour une prophylaxie pré-exposition au VIH. [Internet]. 2016. Available from: <http://ansm.sante.fr/content/download/83147/1051123/version/1/file/RTU_Truvada_Argumentaire_Novembre-2015.pdf>.
8. Ministère de l'emploi et de la solidarité ; Direction générale de la santé. Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 1]. Available from: <<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-16/a0161057.htm>>.
9. Paicheler G. Les expertises dans le cadre de la communication publique sur le sida en France : recours à la recherche ou appui sur l'expérience ? *In* : Sciences, Médias et Société [Internet]. Lyon ; 2004 [cited 2016 Sep 1]. p. 239. Available from: <<http://jeboycotte40.free.fr/pdf/actes.pdf#page=243>>.
10. Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, editors. Homosexualités au temps du sida : tensions sociales et identitaires [Internet]. EDK. Paris : Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales ; 2003. 308 p. (Collection sciences sociales et sida). Available from: <https://www.researchgate.net/profile/Christophe_Broqua/publication/271587097_Homosexualites_au_temps_du_sida_tensions_sociales_et_identitaires/links/54cd3d990cf298d6565d2424.pdf#page=259>.
11. Girard G. Les homosexuels et le risque du sida : individu, communauté et prévention. Rennes : Presses Universitaires de Rennes ; 2013. 410 p. (Le sens social).

12. Ministère des affaires sociales et de la santé, Conseil National du Sida, Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH Rapport 2013 : recommandations du groupe d'experts [Internet]. Philippe Morlat. Paris : La Documentation française ; 2013. 478 p. Available from : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf>.
13. Rey D, Marimoutou C, Bouhnik A-D, Dray-Spira R, Lert F, Obadia Y. Knowledge of HIV postexposure prophylaxis in a population of HIV-positive outpatients: results of a French national survey. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999 [Internet]. 2004 Apr 1;35(4):393-400. Available from : <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16759057>>.
14. Carrieri MP, Patrizia CM, Bendiane MK, Karim BM, Moatti JP, Paul MJ, *et al.* Access to HIV prophylaxis for survivors of sexual assault: the tip of the iceberg. *Antivir Ther* [Internet]. 2006;11(3):391-2. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16759057>>.
15. EMIS 2010: the European Men-Who-Have-Sex-With-Men internet survey: findings from 38 countries [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2013 p. 240. Available from: <<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/EMIS-2010-european-men-who-have-sex-with-men-survey.pdf>>.
16. Roduit S, Charpentier N, Locicero S. Enquête 2011 auprès des hommes qui fréquentent les lieux de rencontre extérieurs en Suisse romande et en France. Oral communication presented at: 6^e Conférence francophone de l'AfraVIH. 2012 ; Genève.
17. Ministère de la Santé et des Sports. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH [Internet]. Patrick Yeni. Paris : La Documentation française ; 2010. 417 p. Available from: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf>.
18. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. 2001;358(9280):483-8.
19. Gergen KJ, Josselson R, Freeman M. The promises of qualitative inquiry. *Am Psychol*. 2015;70(1):1-9.
20. DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Med Educ*. 2006;40(4):314-21.
21. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice. Fourth edition. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc; 2015. 806 p.
22. Gibbs G. Qualitative data analysis: explorations with NVivo. Buckingham, England: Open University Press; 2002. 288 p. (Understanding social research).
23. Rodríguez AE, Castel AD, Parish CL, Willis S, Feaster DJ, Kharfen M, *et al.* HIV medical providers' perceptions of the use of antiretroviral therapy as nonoccupational postexposure prophylaxis in 2 major metropolitan areas. *J Acquir Immune Defic* 2013 Nov 1;64 Suppl 1: S68-79.
24. Ohnishi M, Notião E. Reduction of Health-Related Risks Among Female Commercial Sex Workers: Learning From Their Life and Working Experiences. *Health Care Women Int*. 2011;32(3): 243-60.
25. Morgan K, Lee J, Sebar B. Community health workers: a bridge to healthcare for people who inject drugs. *Int J Drug Policy*. 2015 Apr;26(4):380-7.
26. OByrne P, MacPherson P, Roy M, Orser L. Community-based, nurse-led post-exposure prophylaxis: results and implications. *Int J STD*. 2016;0956462416658412.
27. Claes JA, Moore W. Issues confronting lesbian and gay elders: The challenge for health and human services providers. *J Health Hum Serv Adm*. 2000;23(2):181-202.
28. Kuhar DT, Henderson DK, Struble KA, Heneine W, Thomas V, Cheever LW, *et al.* Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013;34(9): 875-92.
29. Groupe de travail clinique et thérapie de la Commission fédérale pour la santé sexuelle. Prophylaxie post-exposition (PEP) au VIH en dehors du milieu médical. *Forum Med Suisse*. 2014;14(8):151-3.
30. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, *et al.* Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. *BMC Infect Dis*. 2013;13:200.
31. Smith PJ, Stokley S, Bednarczyk RA, Orenstein WA, Omer SB. HPV vaccination coverage of teen girls: the influence of health care providers. *Vaccine*. 2016;34(13):1604-10.
32. Joore IK, Reukers DFM, Donker GA, Sighem AI van, Coul ELMO de, Prins JM, *et al.* Missed opportunities to offer HIV tests to high-risk groups during general practitioners' STI-related consultations: an observational study. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009194.