

SOUTENANCE A CRETEIL

UNIVERSITE PARIS VAL-DE-MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2002

N°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2002
à CRETEIL (PARIS XII)

Par **Paul BENDENNOUNE**

Né le 23 octobre 1970 à Paris – France

**TITRE : PRISE EN CHARGE DES EXPOSITIONS
AU VIH AUX URGENCES :
ENQUETE D'OPINION ET EVALUATION DU
RESSENTI DES MEDECINS URGENTISTES**

DIRECTEUR DE THESE :
M. le Docteur Enrique CASALINO

LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

Signature du
Directeur de thèse

Cachet de la bibliothèque
universitaire

PLAN

I. INTRODUCTION.	Page
3	
II.MATERIEL ET METHODE	Page
15	
A) type d étude.	
B) population étudiée.	
C) site.	
D) période d étude.	
E) intervention.	
F) analyse statistique.	
III. RESULTATS	Page 16
A)description de la population.	
B)type de structure étudiée	
C)connaissance et prise en charge du patient VIH.	
D)enquête d opinion du degré d urgence de l exposition au VIH.	
E)comparaison des groupes	
V.DISCUSSION	Page
21	
VI. CONCLUSION	Page 22
VII.ANNEXES	Page
25	
VIII.BIBLIOGRAPHIE	Page

r

A Mme le Professeur Bouvet, qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse.

A Enrique Casalino, pour son enthousiasme et pour tout ce qu'il m'a appris en Médecine.

Au Docteur Anika Fichelle pour ses conseils et en témoignage de ma sympathie.

A mon père, qui aurait été heureux de me voir ce jour et qui sans son soutien et son exemple je n'aurais jamais pu y parvenir.

A ma mère, pour son amour, pour son soutien permanent toutes ces années.

A ma sœur, pour sa présence et ses conseils tout au long de mes études.

PLAN

I. INTRODUCTION.	page 4
II.MATERIEL ET METHODE	page 16
A) type d étude.	
B) population étudiée.	
C) site.	
D) période d étude.	
E) intervention.	
F) analyse statistique.	
III. RESULTATS	page 17
A)description de la population.	
B)type de structure étudiée	
C)connaissance et prise en charge du patient VIH.	
D)enquête d opinion du degré d urgence de l exposition au VIH.	
E)comparaison des groupes	
V.DISCUSSION	page 22
VI. CONCLUSION	page 23
VII.ANNEXES	page 26
VIII.BIBLIOGRAPHIE	page 35

I.- INTRODUCTION.

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a été décrit pour la première fois en 1981 [1]. L'identification de l'agent responsable remonte à 1985, avec la mise en évidence d'un rétrovirus nommé initialement LAV puis HTLV III, et finalement virus de l'immunodéficience humaine (VIH). On estime aujourd'hui à plus de 35 millions le nombre de personnes infectés par le VIH dans le monde [2], dont 80 à 100 mille personnes en France [3]. Le nombre de nouvelles infections dans le monde est estimé à 5.3 millions [2], et en France les estimations actuelles situent ce chiffre entre 3000 et 6000 nouvelles infections chaque année [3]. La grande majorité des infections au VIH dans le monde sont liés à la transmission sexuelle [1].

Comme pour les autres agents transmissibles par voie sanguine, notamment le VHB et le VHC, des cas de transmission professionnelle chez le personnel de santé ont été signalés. Les cas documentés de transmission ont été liés à des accidents d'exposition au sang (AES) qui se définissent par un contact accidentel entre un liquide biologique potentiellement contaminé par le VHB, VHC ou le VIH et une muqueuse (buccale, conjonctive ou sexuelle) ou une peau lésée (plaie, excoriation) ou blessée (piqûre, coupure) [1].

Dès l'avènement des thérapies antirétrovirales par la zidovudine en 1989, il a été proposé l'emploi d'une chimioprophylaxie post-exposition dans le cadre des expositions professionnelles(4-6). Le recours à ces traitements post-exposition dans le cadre des expositions sexuelles est resté limité et anecdotique. Ce n'est que depuis le circulaire de 1998 (DGES/DH/DRT/DSS/98/228) que cette possibilité a été élargi aux expositions sexuelles au VIH en France (7-9). C'est dans le cadre des dispositions opérationnelles concernant cette circulaire, que le dispositif de prise en charge des expositions au VIH a prévu un rôle important pour les services d'accueil d'urgences. En fait, les services d'urgences sont en

première ligne du dispositif français et assurent les consultations initiales de la plupart des expositions sexuelles et des expositions professionnelles.

Alors que plusieurs équipes ont publié leur expérience dans la prise en charge des AE-VIH dans le cadre des services des urgences, à notre connaissance aucune étude n'a évalué la formation ni le vécu des médecins urgentistes confrontés à une nouvelle situation d'urgence.

Objectifs:

1. Evaluer la formation des médecins urgentistes dans la prise en charge des expositions au VIH.
2. Evaluer le vécu des urgentistes concernant la prise en charge aux urgences des expositions au VIH.
3. Déterminer les paramètres associés aux différents comportements des urgentistes concernant la prise en charge des expositions au VIH aux urgences.

II. MATERIEL ET METHODE.

A) type d étude

Un questionnaire (voir annexe I) a été rédigé pour notre étude. Le questionnaire a été rempli par interview directe des médecins des différents services d'urgences enquêtés.

Les questionnaires ont été complétés par les médecins interrogés devant l'enquêteur.

B) population étudiée

Des médecins volontaires exerçant régulièrement dans les services d'accueil d'urgences ont été interrogés .

C) sites

Les questionnaires ont été distribués dans les services des urgences parisiennes et de la région parisienne.

Les types de structures enquêtés ont été :

- ◆ les urgences privées
 - ◆ Clinique Léonard de Vinci Paris 11^{ème}
 - ◆ Clinique Sainte Marie à Pontoise,
 - ◆ Clinique du Mousseau à Evry,
- ◆ les urgences publiques des centres hospitalo-universitaires
 - ◆ Hôpital Bichat Paris 18^{ème}
 - ◆ Hôpital Rotchild Paris 12^{ème},
 - ◆ Hôpital La Salpêtrière Paris 13^{ème},
 - ◆ Hôpital Boucicault Paris 15^{ème},
 - ◆ Hôpital Lariboisière Paris 10^{ème}
 - ◆ Hôpital H Mondor CRETEIL 94

- ◆ les urgences publiques non CHU
 - ◆ Hopital d Arpajon 91
 - ◆ Hopital d Evry Louise Michel 91,
 - ◆ Hopital Albert chenevier 94,
 - ◆ Hopital Villeneuve Saint Georges 94,
 - ◆ Centre Intercommunal de Creteil 94.

D) Période d étude.

La période d étude s'est étendue sur 90 jours du 15/3/2000 au 15/6/2000.

E) Interventions.

Pour certaines structures l autorisation du chef de service pour l enquête était obligatoire pour d autres non.

Le recensement des médecins des urgences était souvent difficile du fait du peu de temps libre qu ils pouvaient consacrer. Malgré cela les questionnaires étaient remplis le jour même.

La visite des services d' urgences a eu lieu aussi bien avec les urgentistes de jour que de nuit.

Le recrutement des médecins des urgences était non ségréatif, les questionnaires étaient donnés à toute une équipe d urgentistes de garde sans distinction quant à leur statut dans le service. Le questionnaire était donné de l' interne premier semestre au chef de service (lorsqu ils étaient disponibles) sans distinction.

Le questionnaire pour l enquête comprenait des questions aux choix multiples, des questions au choix court et ouvert, des questions à réponses numérisées grâce à une échelle d auto évaluation, et des questions avec classement de choix.

Le questionnaire était composé de 21 questions dont 3 à choix multiples, 9 à choix courts et ouverts, 8 à réponses numérisées 1 avec classement de choix.

Des échelles analogiques visuelles (de 0 à 10) ont été proposées pour 8 questions.

F)Analyse statistique.

Nous avons utilisé Statistica 4.5 (Statsoft, OK, USA) pour le recueil et l'analyse des données.

Les variables qualitatives ont été comparées avec le test du CHI 2, en employant le test exact de Fisher bilatéral. La correction de Yates a été utilisée si nécessaire. Les variables quantitatives ont été comparées en utilisant le test t de Student bilatéral. Des tests non paramétriques (Test de Kruskal-Wallis et test de Kolmogorov) ont été employés si nécessaire.

Les résultats sont exprimés en moyenne \pm DS. La médiane est précisée si nécessaire.

Un $p < 0.05$ a été considéré comme statistiquement significatif.

IV. RESULTATS

Cent questionnaires ont été considérés comme analysables sur un total de 106 (soit 94.3%).

Description de la population.

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon des 100 médecins sont présentées dans le tableau 1 :

Tableau 1
Caractéristiques des médecins enquêtés

	Nombre de sujet
Sexe :	
Hommes	67%
Femmes	33%
Age	35.3 ± 7.7
Durée depuis l'obtention de la thèse (années)	8.8 ± 6.9
Nb d'expositions au VIH vues au cours des 12 derniers mois	13.8 ± 21
Statut dans le service :	
Interne	39%
attache ou similaire < mi -temps	23%
attache ou similaire > mi-temps	25%
PH ou assistant temps plein ou chef de service	14%

Type de structure étudiée.

Les caractéristiques des structures étudiées sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2
Caractéristiques des structures hospitalières

Type de structure :		
	Privé	30%
	public non CHU	17%
	public CHU	53%
Type de service :		
	urgences médicales	38%
	Urgences chirurgicales	10%
	Urgences medico chirurgicales	52%

Expérience et formation sur le VIH

Le tableau 3 résume les données concernant la formation et l'expérience clinique des praticiens enquêtés

Tableau 3
Formation et expérience clinique

	% de réponses	
	OUI (%)	NON (%)
Avez vous eu à traiter ou à prendre en charge des patients infectés par le VIH ?	83	17
Avez vous eu l'occasion de voir en consultation des sujets infectés par le VIH ?	74	26
Avez vous eu en consultation d'urgence des patients après exposition au VIH ?	63	37
Avez vous déjà reçu une formation organisée (cours, DU, conférence, symposium) sur la prise en charge des expositions au VIH ?	36	64
Avez vous l'occasion de lire des articles sur l'exposition au VIH ?	86	14

Evaluation du ressenti des urgentistes sur la prise en charge des AE-VIH

La tableau 4 ainsi que la figure 1 résumant les réponses des médecins urgentistes interrogés aux questions posées sur la prise en charge des expositions au VIH aux urgences. Les données numériques présentées ont été obtenues à partir des réponses sur une échelle visuelle analogique : 0 = pas du tout d'accord ; 10 = tout à fait d'accord.

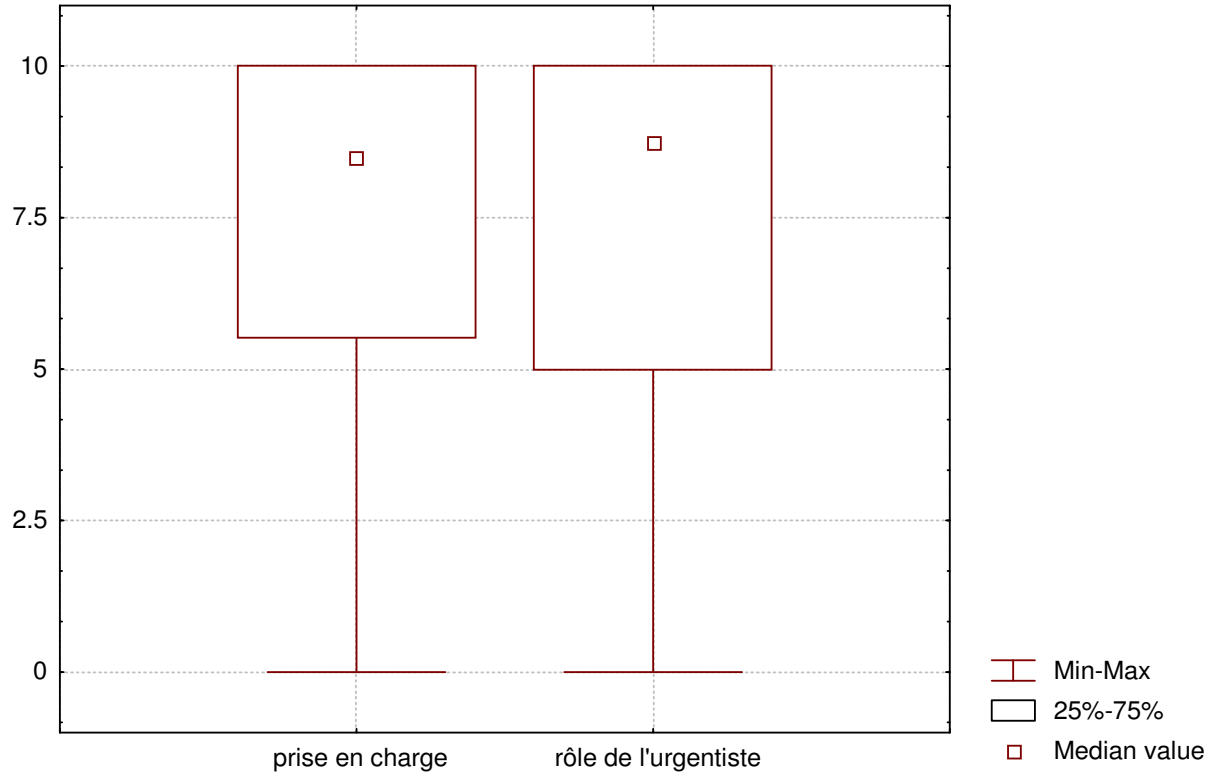
Tableau 4

Evaluation du ressenti sur le rôle des urgentistes dans la prise en charge de AE-VIH

Question	moyenne	DS	médiane	minimum	maximum
L'exposition au VIH est une urgence ?	7.5	2.8	8.5	0	10
Le médecin des urgences doit évaluer le patient et prescrire un traitement post exposition.	7.4	3	8.75	0	10

Figure 1

Rôle des urgentistes : prise en charge des AE-VIH



Evaluation du ressenti sur le rôle des urgentistes en fonction du type d'exposition.

Nous avons évalué les réponses des médecins urgentistes en fonction du type d'exposition.

Les données ont été obtenues à partir des questionnaires sur la base d'une échelle visuelle analogique. Les résultats sont présentés dans le tableau 5 et la figure 2.

Tableau 5

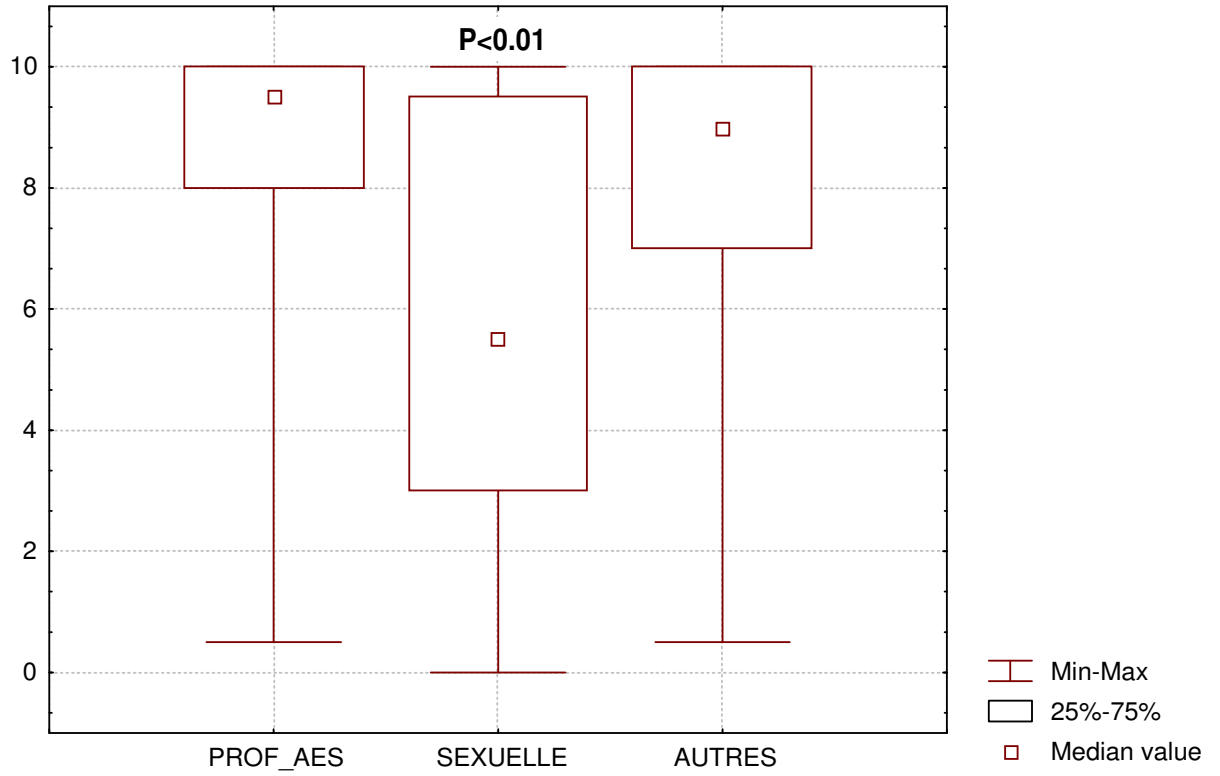
Evaluation du ressenti spécifique des urgentistes suivant le type d'exposition.

	moyenne	DS	médiane	minimum	maximum
Les expositions professionnelles aux urgences (piqûre, coupures, projections) en milieu de soins doivent être prises en charge aux urgences	4.74	3.44	4.5	0	10
Les expositions sexuelles au VIH doivent être pris en charge aux urgences ?	5.82	3.21	5.5	0	10
Les expositions aux VIH telles que les victimes d'agression, de viol , Les piqûre accidentelles avec une aiguille, doivent être prise en charge aux urgences	8.3	2.04	9	0.5	10

P<0.01 (test de Kruskal-Walis)

Figure 2

Ressenti des urgentistes en fonction du type d'exposition



Evaluation du ressenti des urgentistes concernant la priorité à accorder en fonction du type d'exposition

La priorité à accorder aux AE-VIH en fonction du type d'exposition à été évaluée en suivant la même méthode. Les réponses aux questions posées sont résumées dans le tableau 6 et la figure 3.

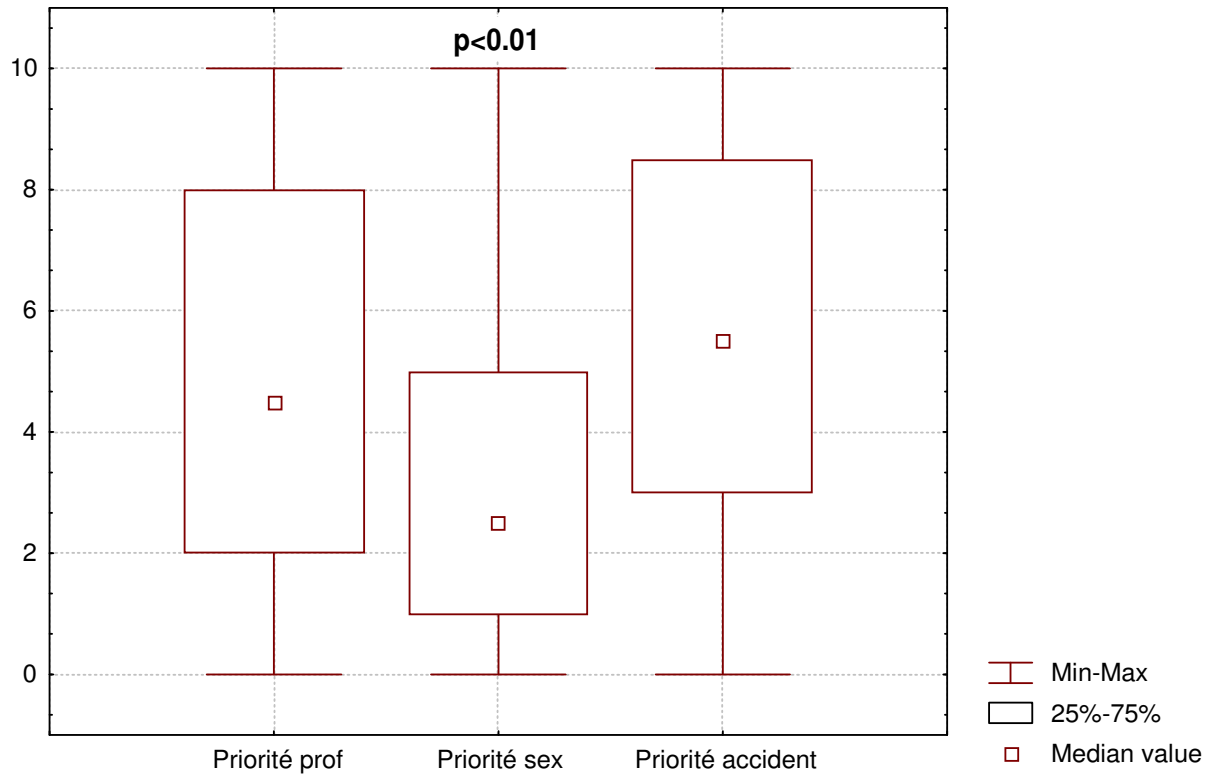
Tableau 6
Ressenti des urgentistes concernant la priorité à accorder en fonction du type d'exposition

	Moy±DS	Médiane (écart)
Les AE-VIH professionnels doivent être pris en charge avec une priorité < 30 min	5.8±3.2	5.5 (0-10)
Les AE-VIH sexuels ...avec une priorité < 30 min	3.3±2.8	2.8 (0-10)
Les AE-VIH accidentels, après agression, viol, piqûre accidentelle...avec une priorité < 30 min	5.5±3.3	5.5 (0-10)

P<0.01

Figure 3

Ressenti des urgentistes concernant la priorité à accorder
en fonction du type d'exposition



Evaluation de la stratégie de priorité

La politique ou stratégie de priorité accordée par les urgentistes aux AE-VIH a été évaluée en leur proposant un choix de situations cliniques diverses, lesquelles devaient être classées en ordre de priorité.

Le tableau 7 résume les réponses obtenues. Les valeurs numériques sont obtenues par calcul de la moyenne et de la médiane de la priorité accordée.

Tableau 7

Résultats de l'enquête d'opinion sur la question avec classement de choix

(5 situations, classements de 1 à 5)

Situation clinique	médiane	moyenne	DS
Trauma crânien sans perte de connaissance	2	2.4	1.26
Exposition au VIH datant de <4 heures	4	4	1.20
Douleur thoracique chez un homme de > 40 ans sans facteur de risque cardiovasculaire	1	1.5	1.20
Crise d asthme sans critère de gravité	3	2.9	0.96
Lombalgie aiguë avec douleur intense	4	3.8	1.04

ENQUETE EXPOSITIONS AUX VIH AUX URGENCES

Concernant la priorité donnée aux 5 situations cliniques proposées, voici par ordre décroissant les degrés de priorité donnés par les 100 médecins interrogés :

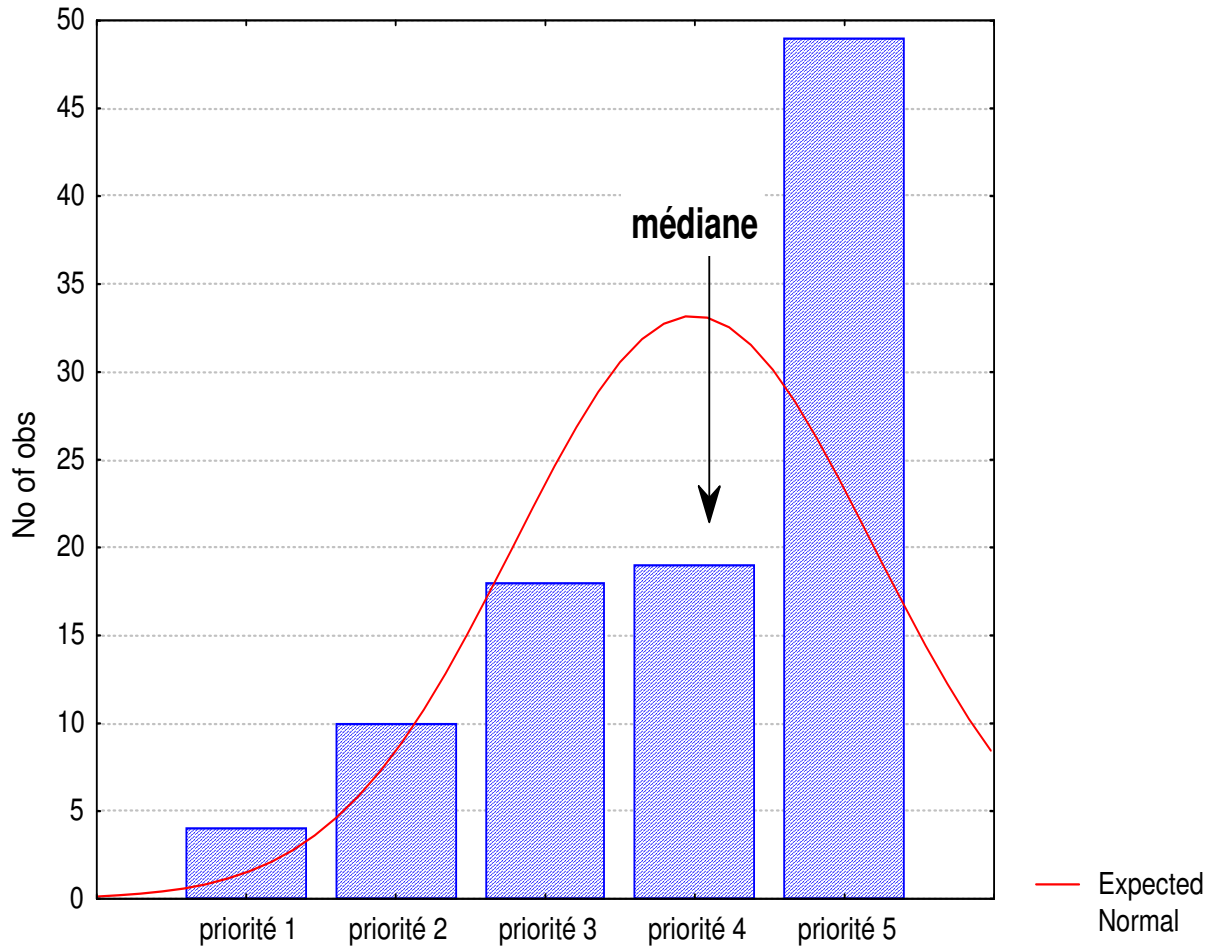
- 1) douleur thoracique chez un sujet >40 ans sans facteur de risque cardiovasculaire
- 2)Traumatisme Crânien sans perte de connaissance.
- 3)Crise d asthme sans détresse respiratoire.
- 4)Lombalgie aiguë avec douleur intense.
- 5)Exposition au VIH datant de <4 heures

Pour ce qui est de la classification de la priorité des expositions au VIH : 4% des médecins interrogés ont placé le degré de gravité de l'infection au VIH en première urgence ;10%en deuxième ;18% en troisième ;et 49% en troisième.

La figure 2 résume les réponses par priorité des médecins enquêtés.

Figure 4

Distribution de la priorité accordée à l'exposition au VIH < 4h



Evaluation des facteurs associés aux réponses des médecins interrogés.

En fonction du type de structure et du statut du médecin les réponses liées au ressenti des urgentistes sur les différents modes d'expositions sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 7

Réponses en fonction du type de structure et du statut du médecin.

	L'exposition au VIH est une urgence	Les AE-VIH chez les prof de santé sont une urgence	Les exposition sexuelles sont une urgences	Les autres expositions (accidentelles) sont une urgence
Type de structure				
privée	6.53 ±3.23	7.8±1.9	4.6±3.2	7.7 ±2.3
CH non CHU	7.5± 3	8.5 ± 1.9	6.9 ± 3	7.9 ± 2.2
CHU	8.1 ± 3	9 ± 1.7	6.2 ± 3.1	8 ± 1.8
P	0.02	0.0045	0.02	0.0045
Statut du médecin				
interne	7.6 ± 3	8.6 ± 2.3	5.9±3.3	8.7±1.7
attaché mi temps	6.2 ± .6	8.3±2	5.2±3	7.4±2
attaché > mi-temps	8.1 ± 2.5	8.6±2.3	6.1±3.4	8.4±2.6
PH chef de service	7.8 ± 2.8	8.8±2.3	6.3±3.3	8.5±1.6
P	0.067	0.5	0.7	0.04

Evaluation des facteurs associés au type de comportement

Pour les besoins de l'étude, nous avons établi un score sur la base des trois questions à réponse sur une échelle visuelle analogique entre 0 et 10 relatives à la priorité des expositions professionnelles, sexuelles et accidentelles au VIH (« les (types d'AE-VIH) doivent être vues en moins de 30 minutes»).

Groupe 1: les médecins ayant accumulé moins de 12 points dans les réponses aux 3 questions sur la priorité accordée aux trois types d'AE-VIH.

Groupe 2: les médecins ayant accumulé 12 points ou plus dans les réponses aux 3 questions sur la priorité accordée aux urgences aux trois types d'AE-VIH.

Aucune relation significative entre la formation, le type de structure, le lien avec des CISIH, le statut des médecins, le sexe, l'expérience professionnelle n'a été mise en évidence en fonction des groupes.

Le tableau 8 résume les résultats de la comparaison des groupes en fonction des variables les plus importantes.

Tableau 8

Résultats de la comparaison des médecins en fonction des groupes

Variable	Groupe 1	Groupe 2	P
Age	35.7 ± 8.14	34.9 ± 7.2	ns
Durée d exercice	9.3± 7.29	8.23± 6.53	ns
Ancienneté aux urgences	3.01± 2.58	3.30± 3.01	ns
Nombre d expositions	15.83± 28.8	11.96± 9.7	ns
Expo VIH urgences	7.73± 2.8	7.26± 2.77	ns
Rôle urgentiste	7.19±3.04	7.64±2.91	ns

V.DISCUSSION

Depuis la circulaire ministérielle relative à la prise en charge des AE-VIH les services d'urgences sont en première ligne du dispositif de prise en charge des AE-VIH. Ils doivent assurer l'accueil 24h/24 et 7jours/7 de toute personne se présentant pour une exposition au VIH probable ou possible, voire de toute personne nécessitant un conseil dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH. Le médecin des urgences doit ainsi évaluer l'indication du traitement post-exposition, le prescrire si besoin, et orienter le patient vers la filière de soins la plus adaptée afin d'assurer la continuité et la qualité du dispositif, et ceci indépendamment de la prescription d'une PEP. De plus, la prescription de cette PEP, habituellement une trithérapie comportant deux analogues nucléosidiques et un inhibiteur de la protéase (10-13,20 -23), nécessite que les services d'urgences aient mis en place un dispositif d'accès permanent aux antirétroviraux, soit pas le recours à des trousseaux d'urgences pré-établies, soit par l'accès à la pharmacie hospitalière(15). La demande aux urgentistes, est bien plus que la simple consultation initiale, mais la mise en place d'un dispositif de prise en charge de l'urgence et du suivi, avec un partenariat transversal dans l'hôpital incluant des spécialistes, des pharmaciens, des psychologues, des centres de dépistage, entre autres.(28)

Il est important de souligner que ce dispositif a été mis en place à moyens constants pour les services d'urgences, et dans un contexte de pénurie de moyens dans ces services alors que l'activité des urgences est en forte progression en France. Il est estimé que plus de 11 millions de passages ont lieu chaque année dans un service d'urgences hospitalier (Rapport DREES Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000). A l'Assistance Publique, l'activité d'accueil des urgences a cru de 16% entre 1995 et 2000 (CME AP-HP, Compte rendu de la séance du 18/09/2001 : point sur les urgences à l'AP-HP). Les explications possibles de cet accroissement de l'activité sont multiples, certaines liées à l'évolution de la demande de soins

dans la population, d'autres au comportement des usagers, et enfin, à la politique d'hospitalisation des services hospitaliers.

Notre étude est la première à évaluer le vécu des urgentistes confrontés depuis peu à la prise en charge des expositions au VIH. Nous avons inclus un effectif de cent médecins urgentistes de la région parisienne, lesquels ne peuvent être considérés comme représentatifs de l'ensemble des urgentistes français, mais qui dans le cadre de ce type d'enquête, reflètent certainement le vécu des urgentistes citadins français confrontés à ce type de situation. Nous avons inclus un large éventail de statuts médicaux (de l'interne au chef de service), de types de service d'urgence (des unités de proximité au SAU, de l'hôpital périphérique au CHU, des cliniques privés aux structures hospitalières publiques), et de sites géographiques (des services parisiens intra-muros aux services de la périphérie parisienne). Le questionnaire utilisé a permis un recueil simple des données. Bien que notre questionnaire n'ait pas été validé dans une cohorte de dérivation ni par une évaluation de la reproductibilité interindividuelle, les résultats ont été concordants au sein de la population étudiée.

Notre étude met en évidence deux éléments majeurs qui doivent orienter ultérieurement toute discussion sur le vécu des urgentistes à propos de la prise en charge des AE-VIH. D'une part, 63% des urgentistes interrogés déclarent avoir eu déjà à s'occuper d'une exposition au VIH, ce qui témoigne de la relative fréquence de cette situation clinique comme motif de consultation dans les services d'urgences parisiens. D'autre part, seulement 36% des médecins interrogés déclarent avoir suivi une formation organisée sur la prise en charge des expositions au VIH, ce qui témoigne d'un manque de formation. Même si 86% des médecins interrogés déclarent avoir eu l'occasion de lire des articles sur ce sujet, le manque de formation dirigée aux urgentistes apparaît clairement comme une donnée majeure de ce travail. Nos résultats sont concordants avec les résultats d'une enquête faite à Londres auprès des jeunes médecins (24), laquelle démontre que le niveau de connaissances sur la

thérapeutique des AE-VIH est très faible malgré une prévalence importante d'AES dans cette population. Les médecins urgentistes ont accès à une formation et aux recommandations sur les AE-VIH par les canaux non formels tels que les revues et les recommandations internationales (25 ,26).

Notre étude permet d'affirmer que d'une manière générale, le rôle dans la prise en charge des AE-VIH des médecins des urgences est plutôt bien ressenti par les urgentistes. Sur la base de nos résultats (voir tableau 4) il apparaît que les urgentistes considèrent les AE-VIH comme une situation clinique relevant d'une consultation en urgence, et qu'ils sont d'accord pour que les médecins des urgences aient à évaluer la situation et à prescrire la PPE. Ces résultats sont encourageants et témoignent de la vocation de service public et de l'attachement au rôle de médecine de proximité des services d'urgences.

Lorsque le questionnaire sur le rôle des urgentistes dans la prise en charge des AE-VIH aux urgences est décliné en fonction du type d'AE-VIH, notre étude met en évidence que l'affirmation du rôle du médecin urgentiste est fonction du type d'AE-VIH, avec de façon significative, une différence entre les expositions accidentelles ou involontaires et les expositions sexuelles et/ou chez les professionnels de la santé (voire tableau 5). Ici, il ne semble pas s'agir que du jugement moral sur le caractère involontaire d'un accident ou récréatif d'une exposition sexuelle, puisque les expositions professionnelles chez le personnel de santé sont elles les moins bien considérées. Nos résultats témoignent probablement des doutes dans l'esprit des urgentistes sur le rôle des urgences hospitalières dans la prise en charge des accidents professionnels chez les personnels de santé de leur structure hospitalière, des différences dans les filières de soins proposées dans les hôpitaux et cliniques enquêtés, et du manque de communication interne et de définition exacte des moyens et de conditions de prise en charge des AE-VIH chez les personnels de santé aux sein des structures. Il est

néanmoins incontestable que les médecins urgentistes ont du mal à définir leur rôle dans la prise en charge des AE-VIH sexuels.(29)

L'évaluation de la priorité aux urgences est une approche organisationnelle indispensable dans les services d'urgences. Elle permet d'assurer dans un contexte de surcharge de travail et de délais d'attente souvent longs, une adéquation entre la gravité réelle ou potentielle d'une situation clinique et le délai de prise en charge par le médecin des urgences. Cette approche est un outil de qualité et de sécurité des soins dans les services d'urgences. La notion de priorité n'est pas forcément liée à la notion de gravité. Des situations sans risque vital peuvent être considérées comme prioritaires car elles peuvent relever d'une indication thérapeutique urgente, d'une urgence ressentie. Un exemple pourrait être la douleur ou les états d'agitation justifiant une prise en charge diagnostique et thérapeutique prioritaire même sans risque vital.

Le délai de 30 minutes choisi pour les questions concernant la priorité dans la prise en charge des AE-VIH aux urgences, définit une priorité non vitale mais nécessitant une prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique urgente. Compte tenu des données de la littérature et de la relation entre l'efficacité potentielle d'une PEP et le délais entre l'accident et la mise en route du traitement (21), les AE-VIH devraient relever de cette situation de priorité non vitale mais d'urgence thérapeutique. D'ailleurs, dans une enquête cas-témoin réalisée à Bichat-Claude Bernard, les AE-VIH (cas) n'avaient pas des délais d'attente significativement différents à ceux des autres consultants (témoins) (12).

Dans notre enquête, l'évaluation du ressenti des urgentistes concernant la priorité à accorder aux AE-VIH montre que globalement les médecins urgentistes ne sont pas enclins à accorder une priorité stratégique ou thérapeutique aux AE-VIH. La médiane des réponses se situe entre 4 et 5, ce qui traduit une incontestable opposition de principe à notre affirmation (prise en charge en moins de 30minutes). De la même façon, nos résultats montrent que les

médecins urgentistes accordent une priorité significativement moindre aux accidents sexuels comparativement aux expositions professionnelles et aux expositions accidentelles non professionnelles (voire tableau 6). Ce résultat est en accord avec les difficultés des urgentistes à définir leur rôle dans la prise en charge des AE-VIH en fonction des types que nous avons identifiés également dans notre travail. Dans le travail sur les AE-VIH aux urgences de Bichat-Claude Bernard, les AE-VIH sexuels avaient des délais d'attente significativement supérieurs aux autres types d'AE-VIH. Ces données sont donc concordantes avec nos résultats.

Une autre façon d'évaluer la priorité pouvant être accordée par les médecins urgentistes aux AE-VIH, a été de leur proposer cinq situations cliniques et de leur demander de les classer en fonction de leur priorité. Les situations cliniques proposées peuvent être définies comme des tableaux cliniques somatiques nécessitant une intervention immédiate avec réalisation et interprétation de l'ECG (douleur thoracique chez un homme de > 40 ans sans facteur de risque cardiovasculaire), somatique sans risque vital immédiat (trauma crânien sans perte de connaissance, crise d'asthme sans critère de gravité), une situation clinique sans risque vital immédiat mais dont les recommandations sont de favoriser une prise en charge immédiate (lombalgie avec douleur intense, soulager la douleur), et une exposition au VIH de moins de 4 heures.

Les réponses des médecins traduisent la stratégie habituelle dans la définition des priorités aux urgences : les situations cliniques avec une pathologie somatique identifiée et à priori objectivable retiennent volontiers la priorité des médecins (suspicion d'infarctus, possibilité d'hématome sous dural, crise asthme), même s'il était clairement précisé que la douleur thoracique n'avait pas de facteur de risque cardiovasculaire, que la crise d'asthme n'avait pas de critère de gravité et que le traumatisme du crâne était sans perte de connaissance. La douleur et l'exposition au VIH ont été largement considérées comme non

prioritaires. La douleur est pourtant l'exemple même de l'urgence qui doit être considérée comme une urgence non vitale mais toujours prioritaire. La plupart des équipes s'accordent à la considérer comme une priorité stratégique. La définition de la priorité d'une exposition au VIH est probablement plus complexe. Dans l'énoncé, le délai entre l'exposition et la consultation d'urgence était très court ce qui faisait d'une éventuelle indication d'une PEP une urgence thérapeutique. Dans certains cas, la part de l'angoisse dans le motif de consultation est plus importante que le risque réel d'exposition ou de transmission du VIH, et les médecins aux urgences ont tendance à considérer cette situation comme non prioritaire, bien que relevant de l'urgence. Enfin, la prise en charge des AE-VIH donne aux médecins urgentistes un nouveau rôle, auquel ils ne sont certainement pas habitués et probablement pour lequel ils n'ont pas été formés : la prévention. Nous ne pouvons citer que de rares exemples de participation des services d'urgences dans des campagnes de prévention : la chimioprophylaxie des sujets contacts de cas d'infections neuro-méningées à méningocoque, la prise en charge des expositions (supposées) au charbon, ceci dans un contexte de médiatisation très particulier. Ce rôle de gestion de l'angoisse et d'intervention dans le cadre d'une éventuelle indication de chimioprophylaxie est certainement nouveau et nécessite un repositionnement des urgentistes, une formation adaptée et une redéfinition de leur rôle.

Nous n'avons pas pu définir le profil du service ni du médecin moins enclis à prendre en charge les AE-VIH et/ou à leur accorder la priorité. Malgré quelques différences entre les types de structures, aucune différence d'intérêt pratique n'a pu être retenue. De la même façon, la comparaison entre les groupes formés sur la base d'un score obtenu à partir des priorités accordées aux trois types d'AE-VIH, n'a permis d'établir des différences significatives.

VII. CONCLUSION

Dans l'ensemble, notre étude montre que les médecins urgentistes ont un ressenti plutôt positif concernant la prise en charge des AE-VIH aux urgences. Néanmoins, des différences apparaissent sur les différents types d'AE-VIH, témoignant de sensibilités différentes en fonction des circonstances. Nos résultats suggèrent que la difficulté majeure est liée à la priorité à accorder aux AE-VIH, avec encore là, des différences concernant les circonstances de l'AE-VIH.

Il est à souligner, qu'alors que la plupart des médecins interrogés ont déjà eu à prendre en charge des AE-VIH, seulement un tiers déclare avoir reçu une formation spécifique. C'est probablement une formation adaptée avec une sensibilisation à l'intérêt d'une PPE rapide, qui permettra une modification des comportements actuels et une optimisation de la prise en charge des AE-VIH.

QUESTIONNAIRE

- Type de structure :
 - Privé
 - Public non CHU
 - Public CHU
- Type de service :
 - Urgences Médicales
 - Urgences Chirurgicales
 - Urgences Médico-chirurgicales
- Age :
- Sexe : masculin féminin
- Année de thèse :
- Ancienneté aux urgences :
- Statut dans le service enquêté :
 - interne
 - attaché ou similaire < mi temps
 - attaché ou similaire > mi temps
 - praticien hospitalier ou assistant temps plein
 - chef de service ou responsable d'unité
- Avez-vous vu déjà eu à traiter ou à prendre en charge des patients infectés par le VIH ?
 - non oui
- Avez vous déjà eu l'occasion de voir en consultation des sujets infectés par le VIH ?
 - non oui
- Avez-vous vu en consultation d'urgence des patients après des expositions au VIH ?
 - non oui → combien :
- Avez vous reçu une formation organisée (cours, DU, conférence, symposium) sur la prise en charge des expositions au VIH ?
 - non oui

ENQUETE EXPOSITIONS AUX VIH AUX URGENCES

- Avez vous eu l'occasion de lire des articles, ou des textes sur les expositions au VIH ?

non

oui

Pour chacun des paramètres suivants, cocher sur les réglattes ci-dessus :

- **Les expositions au VIH sont une urgence :**

Pas du tout d'accord	0 _____ 10	Tout à fait d'accord
-------------------------	------------	-------------------------

- **Le médecin des urgences doit évaluer le patient et prescrire un traitement post-exposition :**

Pas du tout d'accord	0 _____ 10	Tout à fait d'accord
-------------------------	------------	-------------------------

- **Les expositions professionnelles au VIH (piqûres, coupures, projections) en milieu de soins doivent être prises en charge aux urgences si besoin :**

Pas du tout d'accord	0 _____ 10	Tout à fait d'accord
-------------------------	------------	-------------------------

- **Dans ce cadre, ces patients doivent être considérés comme prioritaires aux urgences (délai de prise en charge inférieur à 30 minutes):**

Pas du tout d'accord	0 _____ 10	Tout à fait d'accord
-------------------------	------------	-------------------------

- **Les expositions sexuelles au VIH doivent être prises en charge aux urgences si besoin :**

Pas du tout d'accord	0 _____ 10	Tout à fait d'accord
-------------------------	------------	-------------------------

- **Dans ce cadre, ces patients doivent être considérés comme prioritaires aux urgences (délai de prise en charge inférieur à 30 minutes):**

Pas du tout d'accord	0 _____ 10	Tout à fait d'accord
-------------------------	------------	-------------------------

- **Les expositions au VIH telles que victimes d'agression, de viol, piqûres accidentelles avec une aiguille, doivent être prises en charge aux urgences si besoin :**

Pas du tout d'accord	0 _____ 10	Tout à fait d'accord
-------------------------	------------	-------------------------

- **Dans ce cadre, ces patients doivent être considérés comme prioritaires aux urgences (délai de prise en charge inférieur à 30 minutes):**

Pas du tout d'accord	0 _____ 10	Tout à fait d'accord
-------------------------	------------	-------------------------

- **Donner de 1 à 5 (1→immédiat, 5→ le dernier) la priorité aux cinq situations suivantes :**

trauma crânien avec perte de connaissance

exposition de moins de 4 heures au VIH

ENQUETE EXPOSITIONS AUX VIH AUX URGENCES

douleur thoracique chez un sujet > 40 ans

crise d'asthme sans signe de détresse respiratoire

lombalgie aiguë avec douleur intense

BIBLIOGRAPHIE.

- 1) Bouvet E, Casalino E, Calvez V, Laporte A, Tarantola A. Accidents d'exposition au VIH. Bases scientifiques et recommandations pour la prise en charge. 1999. Ed Bash.
- 2) Organisation Mondiale de la Santé/ONUSIDA :
<http://www.un.org/french/newscentre/index.shtml>
- 3) Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°38/2000 :
<http://www.invs.sante.fr/beh/2000/0052/index.html>
- 4) Dormont J. Prise en charge des personnes atteintes par le VIH. Rapport 1996 sous la direction du Pr J. Dormont. Ministère du travail et des affaires sociales, Médecine Sciences Flammarion édit., Paris, 1996.
- 5) Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/228 du 9 avril 1998.
- 6) Vittecoq D. Sida: psychologie, psychiatrie et société. La lettre de l'infectiologue ; 1986 : 15.
- 7) Weil-Halpern. Conséquences psychologiques du SIDA chez l'enfant et sa famille. Propositions thérapeutiques. Hôpital Necker, Pr Griscelli.
- 8) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé. Diagnostic précoce, traitement antirétroviral après exposition et dépistage de l'infection par le VIH. Rapport du groupe de travail sur le diagnostic précoce de l'infection par le VIH au Directeur général de la Santé. Collection VIIVSIDA - traitement de l'infection - CFES, février 1998, 76pp.
- 9) Staïkowsky F, Casenove L, Girard PM, Pévirieri F, Zanker C. Bilan de 11 mois d'accueil dans un service d'urgence des accidents d'exposition au sang et sexuelle. Réan Urg 1998 ; 7 (suppl 1) : 131 s.
- 10) Accidents d'exposition au risque de transmission du VIH. Processus d'appréciation du risque. In : Stratégies d'utilisation des antirétroviraux dans l'infection par le VIH. Rapport

1998 sous la direction du Professeur Jean Dormont. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1998, pp. 129-145.

11) Brücker G. Prévention des risques professionnels et règles de désinfection. In Girard PM, Katlama C, Pialoux G (eds). SIDA édition 1998. Paris: Doin, 1998, pp 413-23.

12) Casalino E, Sapmaz D, Tarantola A, Fichelle A, Bouvet E. Is potential HIV exposure considered to be a medical emergency? Acad Emerg Med 2002; 9:257-58.

13) Gerberding J.L. .Prophylaxis for occupational exposure to HIV. Ann Intern Med, 1996; 125 : 497 -501.

14) Fourrier A, Abiteboul D, Bouvet E, et le GERES. Risque d'exposition au sang pour le personnel soignant. Résultats après un an de surveillance. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 1991; 24 : 95-96.

15) West J. .After the call. The latest post exposure medical management info . J Emerg .Med Serv 2000,25;42:50.

16) Décret n°93-74 du 18 Janvier 1993 portant modification du barème indicatif d'invalidité en matière d'accident du travail (J.O. du 20 janvier 1993, pp. 1004-1005)

17) Décret n° 93-308 du 9 Mars 1993 portant modification du barème indicatif devant servir à la détermination du pourcentage de l'invalidité résultant de l'exercice des fonctions pour les fonctionnaires civils (J.O. du 11 mars 1993, p. 3773)

18) Circulaires DSS/AT/95-22 et DH/FH/3/95-14 du 3 Mars 1995 disponibles à la Direction des Hôpitaux.

19) Traité de la Sécurité sociale. Tome IV, Accidents du travail et maladies professionnelles, Titre VII, Assurance volontaire. Paris, UCANSS, 1984.

20) Fong . Post exposure prophylaxis for HIV infection after sexual assault. When is it indicated .Emerg.Med.J 2001;18: 242 –245.

- 21) HIV post exposure prevention Minutes are important- therefore PEP (post exposure prophylaxis) emergency set MMW Fortschr .Med 2000; 142:10.
- 22) Torbaty S, Guss D. Emergency department management of occupational exposures to HIV –infected fluids .J Emerg .Med 1999; 17 :261-264
- 23)West K. EMS and HIV: understanding the CDCs provisional guidelines for HIV post exposure prophylaxis .Emerg.Med .Serv 1997; 26 :63-67.
- 24)Chen M, Fox Y, Rogers C.A. Post-exposure prophylaxis for human immunodeficiency virus: knowledge and experience of junior doctors .Sex transm infect 2000;77:444-445.
- 25)Rey D, Bendiane M.K., Moatti J P, Wellings K, Danzinger R, Macdowal W. Post exposure prophylaxis after occupational and non occupational exposures to HIV: an overview of the policies implemented in 27 European countries . AIDS Care 2000; 12 : 695-701.
- 26) New guideline on post exposure prophylaxis for HIV . Commun . Dis Rep CDR wkly 2000; 10:311-14.
- 27) Bouvet E, Casalino E. Anti HIV chemoprophylaxis for blood exposure accidents .Ann . Med Interne (Paris) 2000;151:283-290.
- 28)Wang SA, Panillo A, White P, Steck M Jr, Saah A. Experience of healthcare workers taking postexposure prophylaxis after occupational HIV exposures: finding of the Post exposure Prophylaxis Registry. Infect control hosp.epidemiol 2000; 21:780-785.
- 29)Lurie P, Miller M, Hecht F, Chesnay M, Lo B. Postexposure prophylaxis after nonoccupational HIV exposure :clinical, ethical, and policy considerations. JAMA 1998; 280:1769-1773.

Page de Permis d'Imprimer

Vu :

Le Président de Thèse

Faculté Xavier BICHAT

Madame le Professeur Elisabeth Bouvet

Vu :

Le doyen de la Faculté

Xavier BICHAT

Monsieur le Professeur J-M. Desmonts

Vu et Permis d'Imprimer
Pour le Président de l'Université PARIS XII – VAL DE MARNE
Et par délégation :

LE DOYEN