

UNIVERSITE DES ANTILLES
2025

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N°

**Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle au CHU de
Guadeloupe entre 2018 et 2024 : bilan du parcours de soins
réorganisé autour du CeGIDD**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD des
Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 11 mars 2025

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

MARQUET Maxime-Tanguy

Né le 16 avril 1992, à Charenton-le-pont (94)

Examineurs de la thèse :

Madame la Professeure HELENE PELAGE Jeannie

Monsieur le Professeur CHERET Antoine

Monsieur le Docteur MARKOVICW Samuel

Monsieur le Docteur SIMONETTI Maurice

Madame la Docteur LAMAURY Isabelle

Présidente du jury

Jury

Jury

Jury

Directeur de thèse



Président de l'Université des Antilles : Michel GEOFFROY

Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Suzy DUFLO

Vice-Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Christophe DELIGNY

<u>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers</u>	
Antoine ADENIS Antoine.adenis@ch-cayenne.fr	Epidémiologie, économie de la santé et prévention CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Véronique BACCINI veronique.baccini@chu-guadeloupe.fr	Hématologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Pascal BLANCHET pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr	Chirurgie Urologique CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 95
Sébastien BREUREC sbreurec@gmail.com	Bactériologie & Vénérologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 12 80
Laurent BRUREAU laurent.brureau@chu-guadeloupe.fr	Urologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
André CABIE andre.cabie@chu-martinique.fr	Maladies Infectieuses CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE philippe.cabre@chu-martinique.fr	Neurologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE raymond.cesaire@chu-martinique.fr	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 96 89 10 10
Nadège CORDEL nadege.cordel@chu-guadeloupe.fr	Dermatologie & Vénérologie CHU de Guadeloupe

<u>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers</u>	
	Tel : 05 90 89 10 10
Pierre COUPPIE pierre.couppie@ch-cayenne.fr	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
Antoine CHERET antoine.cheret@chu-guadeloupe.fr	Thérapeutique-Médecine de la douleur CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Michel DE BANDT michel.debandt@chu-martinique.fr	Rhumatologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Bertrand De TOFFOL Bertrand.detoffol@ch-cayenne.fr	Neurologie CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Magalie DEMAR - PIERRE magalie.demar@ch-cayenne.fr	Parasitologie et Infectiologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Christophe DELIGNY christophe.deligny@chu-martinique.fr	Médecine Interne CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 55
Félix DJOSSOU felix.djossou@ch-cayenne.fr	Maladies infectieuses et tropicales CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50
Moustapha DRAMÉ moustapha.drame@chu-martinique.fr	Épidémiologie, Économie de la Santé CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Suzy DUFLO suzy.duflo@chu-guadeloupe.fr	ORL – Chirurgie Cervico-Faciale CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 93 46 16
Narcisse ELENGA narcisse.elenga@ch-cayenne.fr	Pédiatrie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37
Loïc EPELBOIN loic.epelboin@ch-cayenne.fr	Maladies infectieuses CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00
Karim FARID	Médecine Nucléaire

<u>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers</u>	
karim.farid@chu-martinique.fr	CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 67
Jocelyn INAMO jocelyn.inamo@chu-martinique.fr	Cardiologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38
Hatem KALLEL hatem.kallel@ch-cayenne.fr	Médecine intensive-réanimation CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Annie LANNUZEL annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr	Neurologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 13
Harold MERLE harold.merle@chu-martinique.fr	Ophtalmologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Mathieu NACHER mathieu.nacher@ch-cayenne.fr	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Rémi NEVIERE Remi.Neviere@chu-martinique.fr	Physiologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Olivier PARANT nicolas.venissac@chu-martinique.fr	Gynécologie-Obstétrique CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Stéphanie PUGET stephanie.puget@aphp.fr	Neurochirurgie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Chantal RAHERISON-SEMJEN marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr	Pneumologie, Addictologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Dabor RESIERE dabor.resiere@chu-martinique.fr	Thérapeutique-médecine de la douleur CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00

<u>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers</u>	
Pierre-Marie ROGER pierre-marie.roger@chu-guadeloupe.fr	Maladies infectieuses et tropicales CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
François ROQUES chirurgie.cardiaque@chu-martinique.fr	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 71
Jean ROUDIE jean.roudie@chu-martinique.fr	Chirurgie Digestive CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71
Maturin TABUE TEGUO maturin.tabueteguo@chu-guadeloupe.fr	Médecine interne, gériatrie, biologie du vieillissement CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
André-Pierre UZEL andre-pierre.uzel@chu-guadeloupe.fr	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 66
Magaly ZAPPA magaly.zappa@ch-cayenne.fr	Radiologie et imagerie médicale CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00

<u>Professeurs des Universités Associés - Praticiens Hospitaliers</u>	
Stéphane AMADEO stephane.amadeo@chu-martinique.fr	Psychiatrie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Jacqueline DELOUMEAUX-TYNDAL jacqueline.deloumeaux@chu-guadeloupe.fr	Épidémiologie, économie de la santé et prévention CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Papa Ngalgou GUEYE papa.GUEYE@chu-martinique.fr	Médecine d'Urgence CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Hossein MEHDAOUI hossein.mehdaoui@chu-martinique.fr	Médecine intensive-réanimation CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Stéphane PLaweKI splawecki@icloud.com	Chirurgie Orthopédique CHU de Martinique

<u>Professeurs des Universités Associés - Praticiens Hospitaliers</u>	
	Tel : 05 96 55 20 00
Patrick PORTECOP patrick.portecop@chu-guadeloupe.fr	Médecine d'urgence CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Marc PUJO Marc.pujo@ch-cayenne.fr	Médecine d'Urgence CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00

<u>Maîtres de Conférence des Universités - Praticiens Hospitaliers</u>	
Cindy BERAL cindy.beral@chu-guadeloupe.fr	Ophtalmologie CHU de Guadeloupe Tél. : 0590 89 10 10
Romain BLAIZOT blaizot.romain@ch-cayenne.fr	Dermatologie-Vénérologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00
Moana GELU-SIMEON moana.simeon@chu-guadeloupe.fr	Gastroentérologie hépatologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Clarisse JOACHIM-CONTARET clarisse.joachim@chu-martinique.fr	Epidémiologie, économie de la santé et prévention CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Marie-Laure LALANNE-MISTRIH marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr	Nutrition CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 00
Amélie ROLLE amelie.rolle@chu-guadeloupe.fr	Anesthésie Réanimation CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Emmanuelle SYLVESTRE emmanuelle.sylvestre@chu-martinique.fr	Biostatistique, Informatique médicale et Technologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr	Endocrinologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 03

Maître de Conférence

Yoann GARNIER yoann.garnier@inserm.fr	Biologie Moléculaire et Cellulaire INSERM
--	---

Maître de Conférence des Universités Associés – Praticien Hospitalier

Maïder FIRPION-COPPRY maider.coppry@chu-guadeloupe.fr	Hygiène hospitalière CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
--	--

Professeur des Universités de Médecine Générale

Jeannie HELENE-PELAGE jeannie.pelage@wanadoo.fr	Médecine Générale CHU de Guadeloupe / Cabinet libéral Tel : 05 90 84 44 40
--	---

Professeur Associé de Médecine Générale

Franciane GANE-TROPLENT franciane.troplent@orange.fr	Médecine générale Cabinet libéral Tel : 05 90 20 39 37
--	---

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

Philippe CARRERE philippe.carrere@gmail.com	Médecine générale Cabinet libéral
---	---

Maîtres de Conférence Associés de Médecine Générale

Walé KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT drwcdk@gmail.com	Médecine générale Cabinet libéral
Franck MASSE mspducos@gmail.com	Médecine générale Cabinet libéral

Professeur émérite

Eustase JANKY eustase.janky@univ-antilles.fr	Gynécologie-Obstétrique
--	--------------------------------

REMERCIEMENTS

RESUME

CONTEXTE et OBJECTIFS :

Les accidents d'exposition sexuelle (AEVsex) nécessitent une prise en charge rapide et adaptée pour limiter le risque de transmission du VIH. L'accessibilité au traitement post exposition (TPE) au mieux dans les 4h, au plus tard dans les 48 heures est un défi organisationnel majeur. La réorganisation du parcours de soins en Guadeloupe des AEVsex en juillet 2021, avec le transfert de la prise en charge du SMIT vers le CeGIDD en journée, visait à améliorer l'accès au traitement, mais aussi à la prévention en santé sexuelle, rôle majeur du CeGIDD. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'impact de cette réorganisation, notamment en termes d'accessibilité, de délais de prise en charge et de suivi des personnes ayant consulté pour AEVsex dans le territoire de la Grande-Terre en Guadeloupe.

MÉTHODES :

Une étude rétrospective a été menée en comparant deux périodes : avant et après la réorganisation du parcours de soins. Les données ont été extraites du logiciel Nadis®, permettant d'analyser l'évolution des caractéristiques des patients, des délais d'initiation du traitement post-exposition (TPE) et du suivi à distance.

RESULTATS :

L'analyse montre une augmentation du nombre de consultations pour AEVsex après la réorganisation, avec une forte hausse des consultations spontanées (68 % à 88 %, $p = 0.002$). Le délai médian d'initiation du TPE s'est allongé (12 h à 16 h, $p = 0,009$), avec une baisse des initiations précoces (< 4 h) et une hausse des prises en charge tardives (> 24 h). Lorsque la prise en charge initiale se faisait au SAU du CHUG, seul 40% des AEVsex étaient correctement orientés, et plus de la moitié était perdus de vue. Les consultations de suivi post-exposition restaient limitées à un tiers des AEVsex. Une évolution du profil des AEVsex avait été observée, avec une augmentation de la proportion de femmes et une diminution des patients HSH. La population migrante restait très minoritaire (8 %).

CONCLUSION :

La réorganisation du parcours de soins a été satisfaisante d'un point de vue quantitatif, avec une augmentation du nombre d'AEVsex pris en charge. Cependant, plusieurs défis persistent, notamment une réorientation insuffisante depuis les urgences et un suivi post-exposition limité, en partie en raison d'une saisie des données perfectible. Une meilleure sensibilisation sur l'urgence du TPE est essentielle, car son efficacité est étroitement liée à la rapidité d'initiation. Ces résultats soulignent la nécessité d'une meilleure information des professionnels de santé et des populations clés, ainsi qu'un renforcement du suivi des patients après leur exposition.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES

Sexual exposure accidents (AEVsex) require rapid and appropriate management to minimize the risk of HIV transmission. Access to post-exposure prophylaxis (PEP), ideally within 4 hours and no later than 48 hours, represents a major organizational challenge. In July 2021, the care pathway for AEVsex in Guadeloupe was reorganized, shifting daytime management from the SMIT to the CeGIDD. This aimed to improve access to treatment as well as sexual health prevention, a major role of the CeGIDD. This study aims to assess the impact of this reorganization, particularly in terms of accessibility, time to care, and follow-up of individuals consulting for AEVsex in the Grande-Terre region of Guadeloupe.

METHODS

A retrospective study was conducted by comparing two periods: before and after the reorganization of the care pathway. Data were extracted from the Nadis® software, allowing an analysis of patient characteristics, PEP initiation delays, and long-term follow-up.

RESULTS

The analysis showed an increase in the number of consultations for AEVsex after the reorganization, with a significant rise in spontaneous consultations (from 68 % to 88 %, $p = 0.002$). The median time to PEP initiation increased (from 12 h to 16 h, $p = 0.009$), with a decrease in early initiation (< 4 h) and an increase in delayed initiation (> 24 h). When initial management occurred at the CHUG emergency department (SAU), only 40 % of AEVsex cases were correctly referred, and more than half were lost to follow-up. Post-exposure follow-up consultations remained limited, with only one-third of AEVsex cases returning for follow-up. A shift in the profile of AEVsex cases was observed, with an increased proportion of women and a decrease in MSM patients. The proportion of migrants remained very low (8 %).

CONCLUSION

The reorganization of the care pathway was quantitatively satisfactory, leading to an increase in the number of AEVsex cases managed. However, several challenges remain, particularly the inadequate referral from emergency services and limited post-exposure follow-up, partly due to suboptimal data entry. Greater awareness of the urgency of PEP initiation is essential, as its effectiveness is closely linked to rapid administration. These findings highlight the need for improved information dissemination among healthcare professionals and key populations, as well as a stronger emphasis on patient follow-up after exposure.

TABLE DES MATIERES

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	2
Maîtres de Conférence des Universités - Praticiens Hospitaliers.....	6
Maître de Conférence.....	7
Professeur des Universités de Médecine Générale	7
Professeur Associé de Médecine Générale	7
Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale.....	7
Professeur émérite.....	7
REMERCIEMENTS.....	8
RESUME.....	9
ABSTRACT	10
TABLE DES MATIERES	11
LISTE DES ABREVIATION	14
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	15
INTRODUCTION.....	16
MATERIEL ET METHODE.....	21
Schéma de l'étude	21
Sources d'information.....	21
• Base de données Nadis® :	21
• Base de données ResUrgences® :.....	21
Population de l'étude.....	21
Population d'étude pour l'objectif principal	21
• Critères d'inclusion	21
• Critères d'exclusion	22
Variables étudiées.....	22
Variables pour l'objectif principal.....	22

• Caractéristiques socio-démographiques	22
• Connaissance de l'exposé sur son statut sérologique et vaccinal	23
• Caractéristiques spécifiques de l'accident exposition sexuelle	23
• Modalités de prise en charge	23
• Suivi et prévention post AEVsex	23
• Variable pour l'objectif secondaire 1	24
• Variable pour l'objectif secondaire 2	24
Analyses statistiques.....	24
Aspect éthique et réglementaire	24
RESULTATS	26
Evolution de la répartition des AEVsex sur la période d'étude.....	26
Caractéristiques sociodémographiques.....	27
Connaissance de l'exposé sur son statut sérologique et vaccinal.....	28
Caractéristiques spécifiques de l'exposition sexuelle	29
Modalités de prise en charge	30
• Origine de l'orientation et lieu de prise en charge	30
• Modalités de prise en charge : Délai, TPE et bilan initial.....	31
Suivi de l'AEVsex et offre en prévention.....	33
Comparaison avec la population générale du CeGIDD	34
Parcours centré sur la prise en charge aux urgences du CHUG	35
DISCUSSION.....	37
Résultats principaux.....	37
Résultat de l'objectif principal	37
Résultats des objectifs secondaires.....	38
Force et Limite de l'étude	39
Points forts de l'étude	39
Limite de l'étude	39
Interprétation et mise en perspective avec d'autres études	40
Efficience de la réorganisation du parcours	40
OUVERTURE ET IMPLICATION FUTURE.....	44

BIBLIOGRAPHIE.....	45
ANNEXE.....	50

LISTE DES ABREVIATION

AEV : Accident d'exposition au virus

AEVsex : Accident d'exposition sexuelle

ARV : Antirétroviraux

CDAG : Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit

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

CIDDIST : Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CHBT : Centre Hospitalier de Basse-Terre

CHUG : Centre Hospitalier Universitaire de Guadeloupe

DPI : Dossier Patient Informatisé

FIR : Fonds d'Intervention Régional

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

I = I : Indétectable = Intransmissible

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MSM : *Men who have Sex with Men* (équivalent anglophone de HSH)

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

PEP : *Post-Exposure Prophylaxis* (équivalent anglophone du TPE)

PrEP : Prophylaxie pré-exposition

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SMIT : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

TasP : *Treatment as Prevention*

TDS : Travailleuse du Sexe

TPE : Traitement post-exposition

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

U=U : *Undetectable = Untransmittable*

UMJ : Unité médico-judiciaire

VHB : Virus de l'hépatite B

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Listes des tableaux

- Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des consultations pour AEVsex avant et après la réorganisation
- Tableau 2. Connaissance de l'exposé sur son statut sérologique et vaccinal
- Tableau 3. Caractéristiques du partenaire sexuel par AEV sexuels
- Tableau 4. Origine de l'orientation et lieu de prise en charge
- Tableau 5. Délai de prise de TPE pour les AEVsex notifiés pris en charge aux urgences dans Nadis®
- Tableau 6. Délais de recours et de prise de TPE pour les AEVsex vus en première ligne au SMIT ou au CeGIDD
- Tableau 7. Comparaison socio-démographique des individus passés au CeGIDD du CHUG entre 01/07/2021 et 31/03/2024 en fonction de leur profil (AEVsex vs Autre profil)
- Tableau 8. Caractéristique AEVsex passés par les urgences du CHU Guadeloupe après réorganisation

Liste des figures

- Figure 1 : Flowchart
- Figure 2. Evolution de la répartition des AEV sexuels pris en charge au SMIT et au CeGIDD du 1er janvier 2018 au 31 mars 2024.

INTRODUCTION

Depuis son émergence dans les années 1980, le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) a bouleversé les systèmes de santé mondiaux, suscitant des réponses scientifiques, médicales et communautaires sans précédent. Avec 88,4 millions de personnes infectées et 42,3 millions de décès depuis le début de la pandémie, le VIH demeure un problème de santé publique majeure (1). En 2023, l'ONUSIDA a estimé à 1,3 millions le nombre de personnes infectées par le VIH (1), reflétant l'ampleur persistante d'une pandémie toujours active.

En France, l'épidémie de VIH reste préoccupante, avec environ 5 500 nouvelles découvertes de séropositivité en 2023, dont 40 % liées aux relations sexuelles entre hommes (2). Cependant, les caractéristiques de l'épidémie contrastent avec celles observée en Guadeloupe, qui demeure la deuxième région la plus touchée après la Guyane, malgré un taux de dépistage élevé. En effet, contrairement à la France hexagonale, où l'épidémie se concentre principalement sur des populations clés (les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), puis la population migrante), l'épidémie en Guadeloupe est plus diffuse.

En 2023, 70 % des contaminations étaient liées à des rapports hétérosexuels, contre 53 % en métropole (3), reflétant une dynamique épidémique particulière dans cette région. Les populations migrantes, en particulier celles en provenance de la Caraïbe (31 % des découvertes de VIH en 2023), sont très fortement impactées (3). La proximité avec Haïti, où la prévalence du VIH atteignait 2 % en 2020, et même 2,3 % chez les femmes influence cette dynamique diffuse (4)(5)(6). Les persécutions politiques et la situation économique désastreuse et l'extrême précarité des infrastructures alimentent les flux migratoires vers l'archipel guadeloupéen, pouvant contribuer à l'épidémie locale (7). Toutefois, les contaminations des migrants surviennent souvent sur le territoire français, d'après les enquêtes nationales (8). Pourtant les migrants haïtiens restent souvent perçus comme responsables de la propagation du virus, alimentant ainsi leur stigmatisation (9).

En outre, la population homosexuelle, historiquement victime de rejet aux antilles (10), est aussi la cible de cette stigmatisation. Le VIH est encore trop souvent perçu comme une maladie ne concernant qu'une certaine partie de la population comme le suggérait à l'époque de sa découverte la dénomination stigmatisante : « maladie des 4H » (Homosexuel, Héroïnomane, Haïtien, Hémophile) (11). Cette vision de l'épidémie nuie au dépistage d'une certaine partie de la population contribuant à l'épidémie cachée et au développement de cette dernière. D'autres spécificités locales, telles que la faible adhésion au préservatif notamment chez les jeunes précaires (12), la précocité des relations sexuelles, le multi partenariat, ainsi que les inégalités sociales et économiques, jouent un rôle important dans la dynamique de la pandémie guadeloupéenne (13).

Face à ce défi mondial composé de défis locaux, l'ONUSIDA vise l'élimination du SIDA d'ici 2030, en s'appuyant sur les traitements antirétroviraux (ARV) et une prévention diversifiée, ajustée aux spécificités régionales.

La découverte des antirétroviraux (ARV) à la fin des années 1980, puis l'introduction des trithérapies combinant trois ARV en 1996, ont révolutionné la prise en charge du VIH (15)(16) permettant de contrôler durablement la charge virale des personnes vivant avec le virus (PVVIH). Désormais, une bonne observance, facilitée par les avancées thérapeutiques (16), rend la charge virale indétectable et intransmissible, selon le principe U=U (Undetectable = Untransmissible) ou I=I (Indétectable = Intransmissible) et permet aux PVVIH de vivre en bonne santé aussi longtemps qu'une personne non infectée. Le I=I est au cœur du TasP (Treatment as Prevention), qui utilise les ARV pour empêcher la transmission du virus (17).

Le TasP est l'un des piliers d'un concept plus large, la prévention combinée, dont le dépistage est l'élément central. Les stratégies de dépistage sont multiples, incluant le dépistage sérologique par prise de sang et les tests rapides, réalisés par des professionnels ou en autotest. Cela permet un accès plus simple et ciblé au dépistage et facilite une prise en charge précoce des PVVIH, selon le principe "Test and Treat"(18),largement recommandé (17)(18)(19)(20). Si les préservatifs restent un outil essentiel, leur efficacité est limitée par des contraintes d'usage et une acceptabilité inégale (11)(22)(23). Ainsi, les ARV ont élargi les stratégies de prévention. En complément du TasP, la prophylaxie pré-exposition (PrEP) offre une protection préventive aux personnes séronégatives exposées à un risque régulier de contamination, tandis que le traitement post-exposition (TPE) constitue une réponse d'urgence en cas d'exposition accidentelle au VIH. En intégrant ces outils adaptés aux profils individuels, la prévention combinée constitue une approche globale et efficace pour limiter la transmission du VIH et améliorer la prise en charge des populations exposées.

Le traitement préventif post-exposition (TPE) au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) consiste à proposer un traitement antirétroviral (ARV) permettant de limiter le risque d'infection aux personnes ayant été potentiellement exposées au virus, c'est-à-dire ayant été victimes d'un accident exposant aux risques viraux (AEV). En l'absence de traitement curatif efficace de l'infection par le VIH et en l'absence de vaccin malgré d'intenses recherches, l'enjeu est d'éviter une infection nécessitant un traitement à vie. Le défi est de pouvoir débiter le traitement post-exposition dans un délai court, car son efficacité est corrélée à l'administration précoce des antirétroviraux.

L'administration du TPE repose sur une approche pragmatique, fondée sur le principe de précaution : face à un risque faible, mais dont la conséquence serait grave, il est recommandé de prescrire un traitement présentant peu d'inconvénients et potentiellement efficace(25). Dès 1995, la France autorise officiellement le TPE pour les AEV professionnels (26), une pratique

déjà courante. Cette recommandation s'appuie sur plusieurs études pionnières : des recherches menées sur des macaques démontrant l'efficacité d'une administration précoce des ARV après l'exposition (27), des travaux sur la transmission materno-fœtale du VIH (28) et une étude cas-témoin sur la contamination percutanée du personnel de santé (29). L'autorisation du TPE pour les expositions professionnelles ouvre alors la voie à son extension aux accidents d'exposition sexuelle (AEVSex).

En 1998, la circulaire du 9 avril officialise cette extension, permettant la prescription du TPE par un médecin référent VIH, ou à défaut un urgentiste, pendant une période d'évaluation de 4 ans (30,31). Cette décision marque une avancée majeure dans la lutte contre le VIH, en intégrant le TPE dans la réponse aux expositions à risque. Toutefois, comme le souligne l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2017(25), un paradoxe subsiste entre TPE et PrEP : le premier a été autorisé rapidement, malgré l'absence d'études en double aveugle, impossibles pour des raisons éthiques, tandis que la PrEP, bien que soutenue par de nombreuses études démontrant son efficacité, n'a été autorisée en France qu'en 2015, soit 18 ans après le TPE. La France est néanmoins devenue le premier pays européen à l'adopter.

L'utilisation du TPE a été consolidée par des circulaires successives, notamment celle du 2 avril 2003 (32), confirmant la circulaire de 1998 après une période d'évaluation de 4 ans, ainsi que celle de 2008, qui introduit la notion de "groupe partenaire à risque" (33). En 2013, le premier rapport Morlat (19) élargit le cadre de la prévention combinée, en mentionnant la PrEP comme stratégie majeure de prévention, encore en cours d'étude à l'époque avec les essais IPERGAY (34) et IPREX (35). Ce rapport recommande également la fusion des Consultations de Dépistage Anonymes et Gratuits (CDAG) et des Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) afin de centraliser les acteurs de santé sexuelle (19). Cette recommandation aboutira en juin 2015 à la création des Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), officialisée par un texte de loi (36).

Les CeGIDD offrent une approche intégrée, incluant le dépistage gratuit du VIH et des autres IST, leurs traitements, des offres préventives incluant la vaccination des hépatites et des papillomavirus, des préservatifs gratuits et des consultations spécialisées comme la PrEP. Selon les CeGIDD, ils offrent également des services complémentaires tels que la prise en charge gynécologique ou psychologique. Ces centres ont pour objectif de promouvoir la santé sexuelle et la prévention diversifiée (36). Enfin, depuis le 19 mars 2019, une instruction ministérielle, s'appuyant sur le rapport d'expert de 2017(20), officialise la gestion des AEVsex par les CeGIDD en mentionnant un budget du Fonds d'Intervention Régional (FIR) allouer à cette mission, qui

permettrait l'achat des TPE par exemple (37). . Cependant, ce traitement n'est prescriptible qu'en milieu hospitalier (SAU, SMIT, CeGIDD hospitalier).

En Guadeloupe, le 1er janvier 2016 marque la création de quatre CeGIDD, répartis sur le territoire : deux CeGIDD hospitaliers en Guadeloupe continentale, un au CHU de Guadeloupe (CHUG) et un au CH de Basse-Terre (CHBT), ainsi que deux CeGIDD à Saint-Martin, un hospitalier et un associatif géré par la Croix-Rouge.

Cette décision s'appuyait sur le nouveau rapport Morlat de 2017(20). Ce rapport d'experts a servi de base pour la prise en charge des AEVsex tout au long de l'étude. Les recommandations Par ailleurs, ces recommandations soulignent le potentiel du TPE comme porte d'entrée vers la PrEP et la prévention combinée en général (20).

Jusqu'en 2021, la prise en charge des AEVsex au CHU de Guadeloupe (CHUG) était structurée en deux lignes de soins. En première ligne, les patients étaient accueillis soit au service d'accueil des urgences (SAU) la nuit ou le week-end, soit au Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) les jours ouvrés de 8h à 16h ((cf protocole en Annexe). Si le patient était vu au SAU, un kit comprenant trois comprimés de TPE ainsi qu'une contraception d'urgence, si besoin, était délivré à la personne exposée. Une réévaluation était systématiquement prévue en deuxième ligne au SMIT dans les trois jours pour confirmer ou ajuster le traitement. En revanche, si la prise en soins initiale avait lieu en première ligne au SMIT, une évaluation spécialisée était directement réalisée sur place. Lors de cette prise en soins de première ou de seconde ligne, un médecin du SMIT évaluait les risques et initiait un TPE si nécessaire selon les recommandation du rapport d'expert Morlat 2017 (20). Ce rapport confirmait l'importance d'initier le TPE idéalement dans les 4 heures suivant l'exposition et au plus tard dans les 48 heures, avec si besoin une réévaluation à J3-J4 pour valider la poursuite du traitement, un comprimé par jours pendant de 4 semaines (19,20,32). Un dépistage initial est également proposé, ainsi qu'un contrôle de tolérance à 15 jours, puis à distance de 6 semaines après l'AEVsex pour contrôler la sérologie VIH et les autre IST, puis éventuellement à 3 mois. Dans ce rapport, l'origine des Antilles françaises de la personne source figuraient pour la première fois comme un critère justifiant une potentielle indication au TPE.

En juin 2021, le parcours de prise en charge des AEVsex a été réorganisé, à l'exception des cas post-agression sexuelle, avec la reprise de cette gestion par le CeGIDD du CHU de Guadeloupe. Cette réorganisation a été motivée par des raisons pragmatiques : la mobilisation des équipes du SMIT pour la campagne de vaccination COVID-19 a réduit les ressources disponibles pour la gestion des AEV, et le déménagement partiel du SMIT a engendré une séparation des équipes et des services, rendant l'organisation plus complexe et les flux de

patients moins fluides. Le CeGIDD du CHUG est un service du SMIT, mais se trouve hors du CHU, dans le centre de Pointe-à-Pitre. Il bénéficie donc d'un emplacement privilégié pour une partie de la population. La nouvelle organisation devait assurer un accès facilité au TPE en journée, avec une évaluation médicale directe et une offre de prévention optimale. Cela devait permettre également d'éviter aux personnes exposées d'aller au CHUG qui pourrait représenter un frein pour certains. Cependant, le caractère extrahospitalier du CeGIDD a pu complexifier le parcours des personnes exposées, méconnaissant le CEGIDD et qui se seraient plus facilement orientées vers CHUG. De plus, l'information a été principalement diffusée aux professionnels des services d'urgence, mais pas à la population générale. Il semble donc intéressant de faire un bilan de ce changement de parcours.

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer l'impact de la réorganisation autour du CeGIDD du parcours de soins des AEVsex. Elle s'intéresse aux caractéristiques des usagers, à leur prise en charge et aux implications de cette transition sur la prévention en santé sexuelle.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- De comparer les caractéristiques des usagers concernés par un AEVsex à celles de la population générale fréquentant le CeGIDD, afin d'identifier les différences éventuelles et de mieux orienter les campagnes d'informations sur le TPE.
- Évaluer l'impact de la réorganisation sur la prise en charge des AEVsex au SAU du CHUG, en analysant l'orientation effective des patients vers le CeGIDD et son influence sur la proportion de perdus de vue.

MATERIEL ET METHODE

Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, sur données rétrospectives. Son objectif principal est d'évaluer l'impact de la réorganisation du parcours de soins sur les AEVsex au CeGIDD du CHUG en décrivant la prise en charge des AEVsex au CeGIDD du CHU de Guadeloupe depuis juillet 2021, et en la comparant à une période antérieure utilisée comme référence.

Cette étude couvre **deux périodes distinctes** :

- une première période caractérisée par une prise en charge centralisée sur le SMIT (01 janvier 2018 au 30 juin 2021),
- une deuxième période correspondant à la réorganisation du parcours de soins des AEVsex hors agression, dorénavant pris en charge par le CeGIDD du CHUG (1 juillet 2021 au 31 mars 2024).

Sources d'information

L'analyse des données repose sur deux sources d'informations : une source principale (Nadis[®]) et une source secondaire (ResUrgences[®]).

- **Base de données Nadis[®] :**

Nadis[®] est un logiciel de dossier patient informatisé (DPI) utilisé au SMIT et au CeGIDD pour la gestion des AEVsex. Bien que principalement conçu pour le suivi des PVVIH, il a été adapté pour répondre aux besoins spécifiques des CeGIDD et le suivi des AEVsex. Ce même DPI a été utilisé pour la prise en charge des AEVsex sur les deux périodes étudiées.

- **Base de données ResUrgences[®] :**

Les données issues de ResUrgences, le logiciel des urgences du CHU de Guadeloupe, ont été exploitées pour évaluer les passages pour AEVsex. Le recueil des informations a été limité à la seconde période d'étude (juillet 2021 au 31 mars 2024), en raison de difficultés en lien avec la codification pour identifier les AEVsex sur la première période (janvier 2018 – juin 2021).

Population de l'étude

Population d'étude pour l'objectif principal

- **Critères d'inclusion**

Les AEVsex ont été inclus dans l'étude selon les critères suivants :

- Consultation pour un AEVsex documenté dans le logiciel Nadis[®]

- Patient adulte (≥ 18 ans).

- **Critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion appliqués étaient :

- **AEV professionnels**
- **AEV "autres"** (ex. piqûres accidentelles hors contexte professionnel).
- **AEV post-agression sexuelle** : ces cas ont été exclus car ils relèvent d'un parcours spécifique commun aux 2 périodes impliquant plusieurs étapes de prise en charge : une première évaluation à l'unité médico-judiciaire (UMJ), suivie d'une réévaluation par un infectiologue du SMIT pour la réévaluation et le suivi du TPE et la gestion des autres risques infectieux. Ces parcours sont normalement indépendants du CeGIDD.
- **AEV pris en charge au CeGIDD sur la 1^{ère} période** : ces AEVsex auraient dû être vu au SMIT et sont donc non conformes au parcours de soins en vigueur avant réorganisation
- **AEV pris en charge au SMIT sur la 2^{ème} période** : ces cas, en lien avec aléas organisationnels (ex. fermeture exceptionnelle du CeGIDD, mauvaise orientation), ont été exclus.
- **Mineurs** : exclusion systématique pour les personnes de moins de 18 ans. Ces mineurs avaient tous été vu sur la première période.
- **Dossiers notifiés AEVsex non conformes** : dossiers ne répondant pas à la définition retenue pour l'AEVsex.

Variables étudiées

Variables pour l'objectif principal

Afin de répondre aux objectifs de cette thèse, les données analysées ont été regroupées en cinq grandes catégories : les caractéristiques socio-démographiques, connaissance de l'exposé sur son statut sérologique et vaccinal, les caractéristiques spécifiques de l'AEVsex, les modalités de prise en charge et de suivi, l'information PrEP

- **Caractéristiques socio-démographiques**

Incluaient le sexe, l'âge (exprimé en années et regroupé en classes : moins de 25 ans, entre 25 et 49 ans, et plus de 50 ans), ainsi que le niveau d'études, tel que renseigné dans Nadis[®]. Ces données ont permis de décrire le profil global des usagers consultant pour un AEVsex pour les 2 périodes. Elles ont également été comparées avec la population générale du CeGIDD pour le premier objectif secondaire.

- **Connaissance de l'exposé sur son statut sérologique et vaccinal**

Portaient sur trois principaux éléments concernant l'exposé(e) : la réalisation préalable d'une sérologie VIH, la connaissance ou non de son statut vaccinal vis-à-vis de l'hépatite B, et l'existence de consultations antérieures pour AEVsex.

- **Caractéristiques spécifiques de l'accident exposition sexuelle**

Les variables analysées pour chaque AEVsex incluait la nature de la relation (régulière, occasionnelle, multiple, inconnue), les relations avec un/une travailleur(se) du sexe, l'appartenance de la source à un groupe de prévalence plus ou moins élevé de risque d'infection par le VIH (HSH, hétérosexuels multiple, hétérosexuels dans des zones géographiques à risque, absence de risque), l'évaluation du risque en fonction des pratiques sexuelles (vaginal, oral, anal), usage ou non d'un préservatif avec un accident à type de rupture ou glissement.

- **Modalités de prise en charge**

L'analyse a porté sur le parcours de soins. Concernant la prise en soins, deux situations ont été distinguées :

- **Prise en charge en première ligne** : ces consultations concernent les usagers se présentant directement pour un AEVsex en journée durant la semaine, gérées par le SMIT (avant juillet 2021) ou le CeGIDD (à partir de juillet 2021). L'analyse a exploré les délais (en jours) entre l'AEVsex et le premier recours, la mise en place ou non d'un TPE, ainsi que le délai (en heures) entre l'AEVsex et la prise du TPE.

- **Prise en charge en seconde ligne** : Elles correspondent aux consultations de réévaluation des AEVsex initialement pris en soins aux urgences en première ligne, pendant la nuit ou le week-end, idéalement dans les 72 heures suivant l'exposition. L'analyse a exploré la mise en place ou non d'un TPE aux urgences, le délai d'administration, et sa poursuite ou non en seconde ligne.

- **Suivi et prévention post AEVsex**

Concernant le suivi, l'analyse a porté sur les recours de suivi spécifiques à l'AEVsex. Nous avons regardé dans le DPI si un bilan de suivi VIH était renseigné entre 4 semaines et 6 mois. Les autres bilans n'ont pas été étudiés compte tenu d'une trop grosse proportion d'absence de données renseignées dans Nadis®.

L'efficacité de la communication sur la PrEP a été évaluée en examinant un échantillon de dossiers considérés à risque, comprenant des usagers ayant des partenaires HSH ou bisexuels et ceux ayant consulté pour plusieurs AEVsex. Ces dossiers ont été vérifiés pour déterminer si l'information sur la PrEP était présente dans la conclusion médicale. L'analyse de ces dossiers visait à identifier les situations où l'information sur la PrEP aurait dû être prioritaire, en particulier pour les usagers à risque élevé.

- **Variable pour l'objectif secondaire 1**

Une analyse comparative a été réalisée pour la deuxième période entre les usagers consultant au CeGIDD pour un AEVsex et ceux consultant pour d'autres motifs. Cette comparaison visait à identifier d'éventuelles différences quant à leurs principales caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, niveau d'étude, pays de naissance ...)

- **Variable pour l'objectif secondaire 2**

L'objectif principal de cette analyse était de décrire la prise en charge des AEVsex au SAU durant la deuxième période de l'étude, à partir des données extraites du logiciel ResUrgences, et d'identifier si certains patients venus au SAU en première ligne n'avaient in fine jamais été orientés pour la réévaluation de l'indication du TPE au CeGIDD. Nous avons ensuite comparé certaines variables entre le groupe réévalué en seconde ligne et le groupe perdu de vue. Les variables incluaient le sexe des patients, la mise en place d'un TPE aux urgences. Le code de priorisation aux urgences a également été examiné pour évaluer le degré d'urgence attribué au patient lors de son arrivée. Le délai avant le premier appel médical et la durée totale passée aux urgences a été analysé. Enfin, l'orientation post-urgences a été analysée, en distinguant les bonnes orientations (vers le CeGIDD), les anciennes orientations (vers le SMIT), les mauvaises orientations (vers des structures non adaptées), et les cas où le patient est parti sans attendre.

Analyses statistiques

L'ensemble des données utiles à l'étude ont été extraites depuis Nadis® à l'aide de l'application DatAids sur un fichier Excel. Aucune donnée identifiante n'était présente dans les données extraites. Les individus étaient uniquement identifiables à partir de leur numéro de dossier Nadis®.

L'ensemble des analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R (version 4.4.1 ; R Core Team (2024), <https://www.R-project.org/>).

Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et de fréquences et les variables quantitatives sous forme de médianes, d'intervalles interquartiles (1^{er} quartile – 3^{ème} quartile) et d'étendues (minimum ; maximum).

La comparaison entre les différents groupes d'intérêts a été réalisées à l'aide des tests usuels :

- le test du Chi² ou le test exact de Fisher pour la comparaison des variables qualitatives,
- le test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour la comparaison des variables quantitatives.

Pour l'ensemble des tests, le seuil de significativité a été fixé à 5% ($p < 0.05$).

Aspect éthique et réglementaire

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), un document explicatif décrivant l'utilisation possible des données à des fins de recherche est mis à disposition

des patients dans la salle d'attente du CeGIDD. Lors de la création de leur dossier médical informatisé dans Nadis[®], les patients sont informés verbalement de leurs droits, notamment celui de s'opposer à l'utilisation de leurs données à des fins d'étude ou d'analyse. En l'absence d'opposition de leur part, leur accord est considéré comme implicite, permettant l'utilisation de leurs données dans le cadre de cette étude. Toutes les données utilisées étaient pseudonymisées.

RESULTATS

Objectif principal

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer l'impact de la réorganisation autour du CeGIDD du parcours de soins des AEVsex.

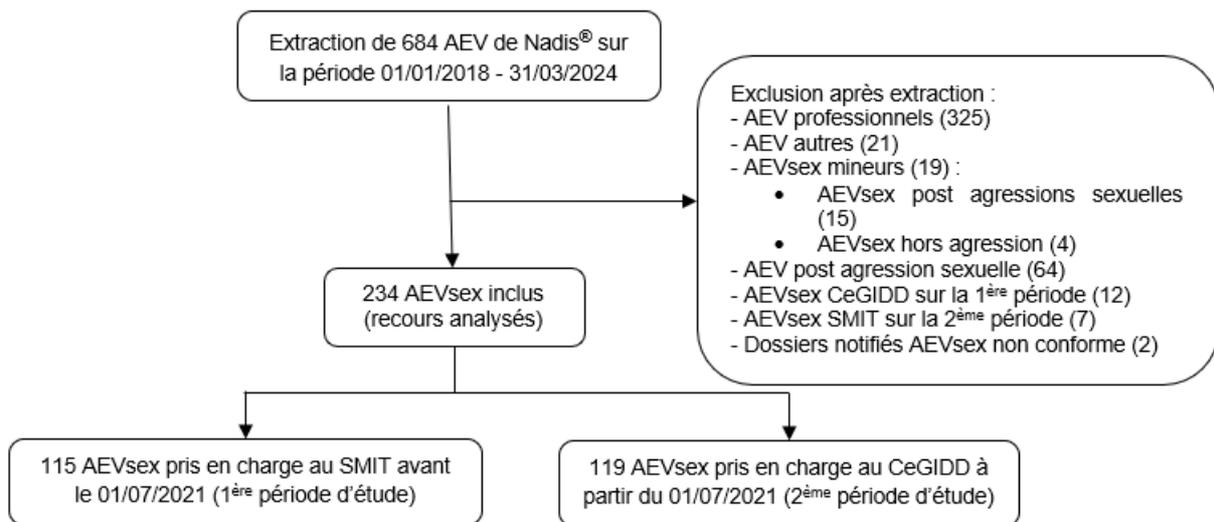


Figure 1. Flowchart

Evolution de la répartition des AEVsex sur la période d'étude

La changement de parcours des AEVsex au CHUG, marquant la transition des prises en charge depuis le SMIT avant la réorganisation, au CeGIDD après le 1^{er} juillet 2021, est représenté par la figure 2.

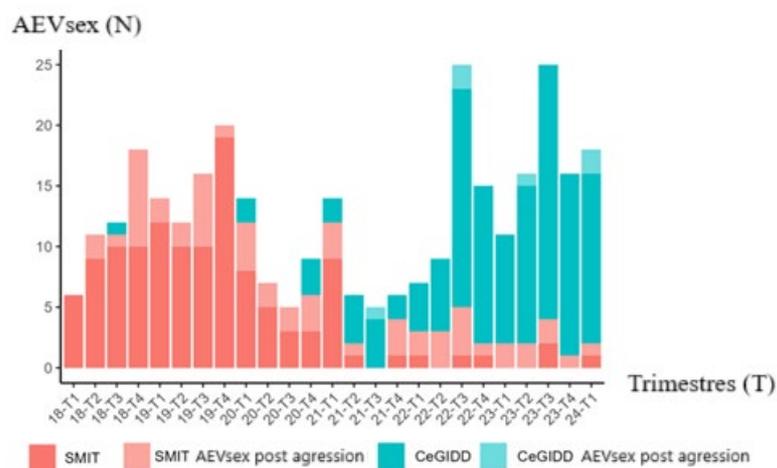


Figure 2. Evolution de la répartition des AEV sexuels pris en charge au SMIT et au CeGIDD du 1er janvier 2018 au 31 mars 2024.

Sur la première période, d'une durée de 3 ans et 6 mois, il y avait 115 AEVsex hors agression au SMIT. Sur la seconde période, d'une durée de 2 ans et 9 mois, il y en avait 119. Sur l'année 2019, on dénombrait 51 AEVsex au SMIT, versus 58 au CeGIDD en 2023.

On peut voir que les consultations pour AEVsex post-agression ont été maintenues au SMIT, conformément au parcours de soins définis pour les deux périodes. On dénombre 37 AEVsex post-agression lors de la première période. Lors de la seconde période, 21 consultations pour AEVsex post-agression ont eu lieu au SMIT et 6 au CeGIDD. Ces 6 AEVsex n'étaient pas passés par l'UMJ et s'étaient orientés spontanément vers le CeGIDD. On observe des consultations pour AEVsex hors agression, en dehors des parcours de soins définis sur chaque période : 12 au CeGIDD durant la première période et 7 au SMIT pendant la seconde. Les AEV post-agression sexuelle concernant des mineurs étaient absents des diagrammes mais représentaient, sur les 19 mineurs exclus, 15 AEVsex post-agression : 6 sur la première période et 9 sur la seconde période. Conformément à la méthodologie décrite, tous ces cas ont été exclus des analyses qui suivent.

Caractéristiques sociodémographiques

Parmi AEVsex survenus, certains étaient survenus chez les mêmes personnes. Pour les 234 AEVsex analysés on dénombrait 214 personnes distinctes : 107 sur chaque période. Les caractéristiques socio-démographiques par individus ne diffèrent pas significativement des caractéristiques par AEVsex. Sur les 107 usagers de la deuxième période, 33 usagers (31 %) avaient déjà consulté au CeGIDD pour un autre motif, et 74 (69 %) étaient des nouveaux usagés du CeGIDD.

La majorité des personnes n'avait consulté qu'une seule fois pour un AEVsex. Avant le 1^{er} juillet 2021, 95 % des personnes (102 cas) étaient dans ce cas, tandis que 4 personnes avaient consulté pour 2 AEVsex distincts et 1 pour 5. Après le 1^{er} juillet 2021, 92 % des usagers n'avaient qu'un seul AEVsex recensé, tandis que 6 usagers avaient consulté pour 2 AEVsex et 3 pour 3.

Les caractéristiques socio-démographiques par usagers ne différaient pas significativement des caractéristiques par AEVsex. De fait, Le tableau 1 présente les caractéristiques socio-démographiques en fonction des AEVsex avant et après réorganisation. Sur la période « CeGIDD » comparativement à la période « SMIT », les AES pris en charge sont plus souvent chez (ou concernent plus souvent) des femmes, des personnes plus jeunes et plus rarement nées à l'étranger mais ces différences ne sont pas significatives. Le niveau d'étude doit être interprété avec précaution compte tenu du nombre de valeurs non renseignées représentant 72 % des valeurs des données avant juillet 2021 et 29 % des données à partir de juillet 2021. On observe cependant une tendance importante sur les études supérieures pour la 2^{ème} période.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des consultations pour AEVsex avant et après la réorganisation.

Caractéristiques	Avant 01/07/2021 SMIT N = 115 ¹	Après 01/07/2021 - CeGIDD N = 119 ¹	p-value ²
Identité de genre			0.127
Femme	30 (26.1%)	42 (35.3%)	
Homme	85 (73.9%)	77 (64.7%)	
Transgenre	0	0	
Age			0.064
Median (25% ; 75%)	34 (28 ; 42)	32 (26 ; 39)	
Range	19 - 69	18 - 72	
Classes d'âge			0.121
< 25	20 (17.4%)	22 (18.5%)	
25-49	82 (71.3%)	92 (77.3%)	
50 et +	13 (11.3%)	5 (4.2%)	
Pays de naissance			0.343
France	86 (85.1%)	96 (92.3%)	
Etranger	15 (14.9%)	8 (7.7%)	
Non renseigné	32	15	
Niveau d'étude			NC ³
Inférieur au bac	9 (28.1%)	15 (17.9%)	
Baccalauréat	7 (21.9%)	15 (17.9%)	
Etudes supérieures	16 (50.0%)	54 (64.3%)	
Non renseigné ³	83	35	

¹n (%)

²Pearson's Chi-squared test; Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test

³Non Calculé

Connaissance de l'exposé sur son statut sérologique et vaccinal

Les connaissances de la personne exposée sont présentées dans le tableau 2. On n'observait aucune différence entre les 2 périodes. Près de 90 % des AEVsex déclaraient avoir déjà réalisé une sérologie VIH et environ la moitié se savait vacciné contre l'hépatite B.

Tableau 2. Connaissance de l'exposé sur son statut sérologique et vaccinal

	Avant 01/07/2021 SMIT N = 115 ¹	Après 01/07/2021 CeGIDD N = 119 ¹	p-value ²
Sérologie VIH déjà réalisée			0.560
Non	14 (12.6%)	12 (10.2%)	
Oui	97 (87.4%)	106 (89.8%)	
Non renseigné	4	1	
Vaccination hépatite B			0.501
Inconnu	37 (33.0%)	48 (40.3%)	
Non	16 (14.3%)	14 (11.8%)	
Oui	59 (52.7%)	57 (47.9%)	
Non renseigné	3	0	
Consultation antérieure pour AEVsex			0.506
Non	79 (73.8%)	87 (77.7%)	
Oui	28 (26.2%)	25 (22.3%)	
Non renseigné	8	7	

¹n (%)²Pearson's Chi-squared test

Caractéristiques spécifiques de l'exposition sexuelle

Le Tableau 3 présente les caractéristiques du partenaire et la nature du rapport de L'AEVsex. Il montre qu'il n'y avait pas de différence notable entre les deux périodes, à l'exception du groupe à risque du partenaire ($p = 0,045$) et de l'utilisation du préservatif ($p = 0,029$). Concernant le groupe à risque des partenaires, il y avait une augmentation des partenaires sans risque identifié de 3,0 à 10,0 %, et une diminution du nombre d'AEVsex avec partenaire HSH passant de 27 % à 17 %. L'utilisation rapportée du préservatif lors des AEVsex a significativement diminué sur la dernière période (74 % avant vs 60 % après, $p = 0,029$).

Tableau 3. Caractéristiques du partenaire sexuel par AEV sexuels

Caractéristique	Avant 01/07/2021 SMIT N = 115 ¹	Après 01/07/2021 CeGIDD N = 119 ¹	p-value ²
Caractéristique du partenaire sexuel			0,727
Régulier	18 (15.9%)	21 (17.6%)	
Irrégulier (Occasionnel, Multiple, Inconnu)	113 (84,1%)	98 (82,3%)	
Non renseigné	2	0	
Partenaire TDS			0.187
Oui	18 (18.8%)	11 (11.8%)	
Non renseigné	19	26	
Groupe à risque du partenaire			0.045
Absence risque identifié	3 (3.0%)	11 (10.0%)	
HSH, Bisexuel, Trans	27 (27.3%)	19 (17.2%)	
Hétérosexuel multipartenaire	14 (14.1%)	24 (21.8%)	
Hétérosexuel originaire des zones (Afrique, Caraïbes, Asie)	55 (55.6%)	55 (50.0%)	
Non renseigné	16	9	
Niveau de risque en fonction du type de rapport			0.603
Rapports à risque élevé (anal passif)	11 (9.7%)	14 (11.9%)	
Rapports à risque modéré (vaginal, anal actif)	98 (86.7%)	102 (86.4%)	
Rapports à risque faible (fellation ou autre)	4 (3.5%)	2 (1.7%)	
Non renseigné	2	1	
Utilisation du préservatif lors du rapport			0.029
Oui (Rupture ou glissement du préservatif)	83 (73.5%)	70 (59.8%)	
Non	30 (26.5%)	47 (40.2%)	
Non renseigné	2	2	
Séropositivité de la source déclaré par l'utilisateur	9 (7,8%)	3 (2.5%)	0.066

¹n (%)²Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test

Modalités de prise en charge

- **Origine de l'orientation et lieu de prise en charge**

Le tableau 4 nous indique comment l'utilisateur avait été orienté vers les Urgences, le SMIT ou le CeGIDD. La part d'AEVsex venus de leur propre initiative était significativement plus importante sur la deuxième période passant de 68 % à 86 %. (p = 0.002). La part de personnes orientées par un médecin généraliste au total était de 9 dont seulement 2 depuis la réorganisation. La part des personnes vues en deuxième ligne, après une prise en charge initiale au SAU, était moindre sur la deuxième période (18 % vs 26 %), cette différence n'était cependant pas significative.

Tableau 4. Origine de l'orientation et lieu de prise en charge

Circuit de prise en charge initiale	Avant 01/07/2021	Après 01/07/2021	p-value ²
	SMIT N = 115 ¹	CeGIDD N = 119 ¹	
Origine de l'orientation de la personne exposée			0.002
Venue de sa propre initiative	66 (68.0%)	102 (85.7%)	
Un médecin de ville	7 (7.2%)	2 (1.7%)	
Un CDAG	6 (6.1%)	NA	
Autre situation	18 (18.6%)	15 (12.6%)	
Non renseigné	18	0	
Lieu de la prise en charge de première ligne			0.118
SMIT ou CeGIDD	85 (73.9%)	98 (82.4%)	
SAU	30 (26.1%)	21 (17.6%)	

¹n (%)²Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test³Non adapté

- **Modalités de prise en charge : Délai, TPE et bilan initial**

Sur la première période, le TPE avait été initié dans 75 % des cas et dans 80 % des cas pour la deuxième période. Les bilans initiaux VIH étaient renseignés sur Nadis[®] pour 33 AEVsex (29 %) lors de la première période et 23 AEVsex (19 %) pour la deuxième période. Les résultats relatifs aux délais d'initiation sont présentés dans les tableaux 5 et 6 qui correspondent respectivement aux consultations de première ligne au SMIT ou CeGIDD et celles de première ligne dans un SAU.

Lorsque la prise en charge initiale était faite au SAU (Tableau 5), le TPE était initié dans 80 % des cas. Sur les 4 AEVsex qui n'avaient pas reçu de TPE aux urgences, 3 ont été initiés par la suite aux CeGIDD. Sur les 17 TPE initiés dans un SAU 16 ont été poursuivis. Il y avait 1 AEVsex passé par le CH des Eaux Claires et 1 par le CH de St Martin. Le reste était passé aux SAU du CHUG. Le délai entre l'AEVsex et la prise du TPE était allongé sans que cela soit statistiquement significatif.

Lors que la prise en charge initiale était faite au SMIT ou CeGIDD selon la période (Tableau 6), le TPE était initié dans environ 75 % des cas. On observait que les délais entre AEV et initiation du TPE étaient significativement plus longs après la réorganisation, avec un délai médian allongé de 4 heures durant la deuxième période (p = 0,009). Pendant la première période, les personnes ayant bénéficié du TPE au SMIT dans les 12 premières heures représentaient près de la moitié des AEVsex, dont 15 % en moins de 4 heures. Lors de la seconde période, moins de 30 % avaient été vus dans les 12 premières heures, dont moins de 5 % en moins de 4 heures.

Tableau 5. Délai de prise de TPE pour les AEVsex notifiés pris en charge aux urgences dans Nadis®.

	Avant 01/07/2021 N = 30¹	Après 01/07/2021 N = 21¹	p-value²
Initiation du TPE dans un SAU			0.381
Oui	25 (83.3%)	17 (81.0%)	
Non	5 (16.7%)	4 (19%)	
Délai entre AEVsex et la prise de TPE (h)			0.408
Inférieur à 4 heures	4 (19.0%)	1 (6.3%)	
Entre 4 et 12 heures	8 (38.1%)	6 (37.5%)	
Entre 12 et 24 heures	6 (28.6%)	3 (18.8%)	
Entre 24h et 48 heures	3 (14.3%)	5 (31.25%)	
Supérieur à 48 heures	0 (0.0%)	1 (6.3%)	
Non renseigné	4	5	
Délai médian entre AEVsex et TPE (h)	7 (5-19)	18 (7-26)	0.078

¹n (%); median (25% - 75%)

²Fisher's exact test; Wilcoxon rank sum test

Tableau 6. Délais de recours et de prise de TPE pour les AEVsex vus en première ligne au SMIT ou au CeGIDD

Délais de recours et de prise de TPE	Avant 01/07/2021 SMIT N = 85¹	Après 01/07/2021 CeGIDD N = 98¹	p-value²
Délai entre AEVsex et 1^{er} recours (SMIT ou CeGIDD) (h)			0.090
Délai < 24h	31 (36.5%)	26 (26.5%)	
24h ≤ Délai <48h	36 (42.4%)	59 (60.2%)	
48h ≤ Délai <72h	16 (18.8%)	12 (12.2%)	
Délai > 72h	2 (2.4%)	1 (1.0%)	
Délivrance d'au moins 1 comprimé de TPE			0.368
Oui	61 (71.8%)	76 (77.6%)	
Non	24(30.3%)	22 (22.4%)	
Délai entre AEVsex et la prise de TPE (h)			0.048
Inférieur à 4 heures	8 (14.8%)	3 (4.2%)	
Entre 4 et 12 heures	18 (33.3%)	18 (25.0%)	
Entre 12 et 24 heures	20 (37.0%)	27 (37.5%)	
Entre 24h et 48 heures	7 (13.0%)	22 (30.6%)	
Supérieur à 48 heures	1 (1.9%)	2 (2.8%)	
Non renseigné	31	26	
Délai médian entre AEVsex et TPE (h) (25%-75%)	12 (8-15)	16 (10-30)	0.009

¹n (%); Median (25%-75%)

²Fisher's exact test; Wilcoxon rank sum test

Suivi de l'AEVsex et offre en prévention

Sur les 119 AEVsex de la deuxième période, 39 étaient suivis d'une consultation notifiée comme « suivi d'AEV » soit 33 % des AEVsex. Les recours de suivi de la première période n'ont pas été rapportés en raison d'une trop grande variabilité de saisie de ces données. Concernant les bilans, un grand nombre de données non renseignées rendait toute interprétation compliquée. Cependant, 13 AEVsex (11 %) sur la première période et 8 AEVsex (7 %) de la deuxième période avaient un bilan VIH renseigné dans l'année.

Concernant l'offre en prévention, la vaccination n'était pas évaluable compte tenu d'une période de 2 ans sans vaccin disponible au CeGIDD.

Sur les 107 personnes venues pour au moins un AEVsex au CeGIDD sur la deuxième période, 29% sont revenu ultérieurement pour un autre motif. Il y a eu 10 personnes qui ont bénéficié de la PrEP par la suite. Parmi ces 10 usagers, 40 % étaient hétérosexuels et 60 % homosexuels.

Parmi les AEVsex pris en charge au CeGIDD après juillet 2021, 35 ont été repérés relevant d'une indication potentielle à la PrEP selon 2 critères : les HSH et/ou la multiplicité des AEVsex. Ce groupe AEVsex correspondait à 21 usagers. Il était composé de 17 HSH (81,0 %) et de 4 hommes hétérosexuels multipartenaires ayant présenté des AEVsex multiples (19,0 %). Parmi ces 21 usagers, 15 (71,4 %) avaient une information documentée sur la PrEP dans leur dossier. En revanche, pour les 6 autres usagers (28,6 %), rien dans les dossiers n'indique qu'ils aient reçu cette information. Parmi ces derniers, 4 étaient des HSH (19,0 % du total éligible) et 2 étaient des hommes hétérosexuels avec des AEVsex multiples (9,5 %). Trois de ces patients avaient reconsulté au moins une fois après l'AEVsex au CeGIDD, toujours sans aucune mention de la PrEP, tandis que les 3 autres n'avaient pas reconsulté après leur première prise en charge.

Objectif secondaire

Comparaison avec la population générale du CeGIDD

Un des objectifs secondaires était de comparer les caractéristiques des usagers concernés par un AEVsex à celles de la population générale fréquentant le CeGIDD, afin d'identifier les différences éventuelles et de mieux orienter les campagnes d'information sur le TPE. Le tableau 7 nous présente donc la comparaison de la population générale du CeGIDD à celle consultant pour AEVsex durant la 2^{ème} période. L'analyse est faite par individu et non par AEVsex.

Tableau 7. Comparaison socio-démographique des individus passés au CeGIDD du CHUG entre 01/07/2021 et 31/03/2024 en fonction de leur profil (AEVsex vs Autre profil)

	Autre profil N = 4335 ¹	Profil AEVsex N = 107 ¹	p-value ²
Identité de genre			0.038
Femme	2135 (49.4%)	42 (39.3%)	
Homme	2185 (50.6%)	65 (60.7%)	
Transgenre	0	0	
Non renseigné	15	0	
Age	27 (22-34)	32 (26-39)	<0.001
Non renseigné	14	0	
Pays de naissance			0.151
France	3336 (87.4%)	85 (92.4%)	
Etranger	482 (12.6%)	7 (7.6%)	
Non renseigné	517	15	
Niveau d'étude			0.052
Inférieur au bac	992 (28.8%)	13 (17.6%)	
Baccalauréat	768 (22.3%)	15 (20.3%)	
Etudes supérieures	1686 (48.9%)	46 (62.2%)	
Non renseigné	889	33	

¹n (%); Median (25%-75%)

²Pearson's Chi-squared test ; Wilcoxon rank sum test ; Fisher's exact test

On observe dans ce tableau plusieurs différences significatives, avec une population plus masculine et âgée pour l'AEVsex. Le niveau d'études, bien que non significatif (p = 0,052), montre une tendance à un niveau d'études supérieures plus élevé dans le groupe présentant un profil AEVsex.

Parcours centré sur la prise en charge aux urgences du CHUG

Le 2^{ème} objectif secondaire était d'évaluer l'impact de la réorganisation sur la prise en charge des AEVsex au SAU du CHUG, en analysant l'orientation effective des patients vers le CeGIDD et son influence sur la proportion de perdus de vue. Ces données sont présentées dans le tableau 8.

Tableau 8. Caractéristique AEVsex passés par les urgences du CHU Guadeloupe après réorganisation

AEVsex enregistrés aux SAU du CHUG	Total	Réévalué en seconde ligne	Enregistré au SAU mais perdu de vue	P valu ²
	43	N = 19 ¹	N = 24 ¹	
Sexe				0.039
Homme	31	17 (89.4%)	14 (58.3%)	
Femme	12	2 (10.6%)	10(41.7%)	
TPE introduit				0.270
Oui	35	17 (89.4%)	18 (75.0%)	
Non	8	2 (10.6%)	6 (25.0%)	
Priorisation aux urgences³				0,860
Prioritaire	20	9 (52.9%)	11 (47.8%)	
Non prioritaire	20	8 (47.1%)	12 (52.2%)	
Non renseigné	3	2	1	
Délai d'attente				
Délai avant 1er appel médicale (min)	75 (43-191)	61 (40-144)	118 (48-225)	0.225
Non renseigné		0	0	
Durée passée aux urgences (min)	117 (74-253)	93 (64-165)	132 (91-348)	0.116
Non renseigné		0	4 ⁴	
Orientation post passage aux urgences				0,368
Bonne orientation (CeGIDD)	14 (41.2%)	8 (53.3%)	6 (31.6%)	
Ancienne orientation (SMIT)	13 (38.2%)	6 (40.0%)	7 (36.8%)	
Mauvaise orientation ⁵	7 (20.6%)	1 (6.7%)	6 (31.6%)	
Parti sans attendre	4	0	4	
Non renseigné	5	4	1	

¹ n (%); médiane (Q1-Q3)

² Fisher's exact test; Mann-Whitney U test; Generalized Fisher's Exact Test

³ Prioritaire correspond au code 2 (doit être vu par un médecin dans les 20min); Non prioritaire correspond au code 5 (doit être vu par un médecin dans les 4 heures)

⁴ Parti sans attendre, 3 femmes et 1 hommes

⁵ Retour à domicile (N=3), médecin traitant (N=1), laboratoire(N=2) dont 1 est allé au CeGIDD, Post urgence(N=1)

Le tableau 8 met en évidence une différence statistiquement significative entre le groupe réévalué et le groupe perdu de vue en ce qui concernait le sexe (p=0,039). Sur les 12 femmes, 16,7 % ont été réévalué en seconde ligne contre 54,8 % des hommes. Parmi les AEVsex ayant bénéficié d'un TPE, la totalité de ceux ayant été réévalués au CeGIDD avaient obtenu une

prescription pour 30 jours. Il y a eu 17 réévaluations au CeGIDD du CHUG, une au CeGIDD du CHBT et une au SMIT.

A l'arrivée au SAU, la moitié des AEVsex était considéré comme prioritaire (code 2) et l'autre moitié comme non prioritaire, sans que cela semble avoir impacté sur la perte de vue ou non des personnes exposées. Les délais d'attente ne présentaient pas de différence significative entre les groupes, mais une tendance générale à l'augmentation du temps d'attente était observée chez les perdus de vue. Enfin, en ce qui concerne l'orientation, 60 % des AEVsex n'avait pas été correctement orientés vers le CeGIDD. Le groupe ayant poursuivi la prise en charge au CeGIDD avait été orienté vers un CeGIDD ou le SMIT dans 94 % des cas, contre 68 % pour les perdus de vue.

DISCUSSION

Résultats principaux

Résultat de l'objectif principal

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer l'impact de la réorganisation du parcours de soins des AEVsex, du SMIT vers le CeGIDD. Pour cela, nous avons comparé deux périodes : la première, de janvier 2018 à juin 2021 (3 ans et 6 mois), où les AEVsex étaient pris en charge au SMIT ; et la seconde, de juillet 2021 à mars 2024 (2 ans et 9 mois), après la réorganisation du parcours de soins au CeGIDD.

Le nombre d'AEVsex pris en charge était similaire entre les deux périodes, avec 115 cas avant juillet 2021 et 119 après. Après une baisse des consultations entre début 2020 et fin 2021, liée à la pandémie de COVID-19 et aux mouvements sociaux en Guadeloupe, le nombre d'AEVsex a ensuite dépassé les niveaux pré-pandémiques. En 2019, 51 AEVsex avaient été recensés au SMIT contre 58 en 2023 au CeGIDD.

Les caractéristiques sociodémographiques des usagers étaient globalement comparables entre les deux périodes. La majorité des consultants étaient des hommes d'environ 30 ans, principalement d'origine française et diplômés du baccalauréat. La proportion de femmes a légèrement augmenté, atteignant environ un tiers des consultants, et l'âge médian a diminué. Plus de 90 % des exposés déclaraient avoir déjà réalisé un bilan VIH et environ la moitié se savait vaccinée contre l'hépatite B.

Dans plus de 80 % des cas, la personne source était un partenaire occasionnel. L'appartenance à un groupe à risque a significativement évolué entre les deux périodes ($p = 0,038$), avec une diminution des expositions impliquant un partenaire HSH ou bisexuel (27 % à 17 %) et une augmentation des situations jugées non à risque par le médecin (3 % à 10 %). L'utilisation du préservatif lors des AEVsex a également diminué, passant de 74 % à 60 % des expositions ($p=0,029$).

Les usagers consultaient majoritairement de leur propre initiative, cette tendance étant en augmentation entre les deux périodes passant de 68 % à 86 % ($p = 0.002$). La proportion d'AEVsex initialement pris en charge aux SAU en première ligne a diminué de 26 % à 17 %, bien que cette évolution ne soit pas significative. Ces AEVsex ont ensuite été revus en seconde ligne, au SMIT ou au CeGIDD, pour une réévaluation spécialisée.

Concernant la prise en charge des AEVsex, le taux de délivrance du TPE était resté stable, représentant environ 75 % des consultations dans les deux périodes. Le délai médian entre l'AEVsex et la prise du TPE avait significativement augmenté de 4 heures, passant de 12 à 16 heures ($p = 0,009$). Pendant la première période, les personnes ayant bénéficié du TPE au SMIT dans les 12 premières heures représentaient près de la moitié des AEVsex, dont 15 % en moins

de 4 heures. Lors de la seconde période, moins de 30 % ont été vus dans les 12 premières heures, dont moins de 5 % en moins de 4 heures. Les bilans initiaux VIH étaient renseignés sur Nadis[®] pour 30 % des AEVsex de la première période et pour 20 % de la seconde.

Concernant le suivi et l'offre en prévention, 90 % des bilans biologiques de suivi n'étaient pas renseignés dans Nadis[®]. L'observance du TPE sur les 28 jours recommandés n'était pas évaluable, en raison de difficultés dans la saisie des données sur Nadis[®] et du faible retour en consultation de suivi des personnes exposées.

Les autres données du suivi et de l'offre en prévention n'ont été traitées que pour la seconde période, en raison d'une saisie non harmonisée sur ce point spécifique et du rôle du SMIT, moins impliqué dans la prévention que le CeGIDD. Sur cette période, environ 30 % des AEVsex avaient une consultation notifiée comme "suivi d'AEV" et 30 % avaient consulté ultérieurement pour d'autres motifs. Dix personnes exposées ont bénéficié de la PrEP post-AEVsex, dont quatre étaient hétérosexuelles. De plus, 21 dossiers d'usagers considérés comme éligibles à la PrEP, sur les critères d'antécédents de rapports homosexuels ou bisexuels et/ou de plusieurs AEVsex, ont été analysés afin d'évaluer si l'information sur la PrEP avait bien été délivrée. Parmi ces 21, 15 avaient une information PrEP notifiée dans leur dossier, dont huit l'avaient initiée. En revanche, six n'avaient aucune mention d'information sur la PrEP.

Résultats des objectifs secondaires

- **Comparaison avec la population générale du CeGIDD**

L'analyse des usagers du CeGIDD ayant consulté pour un AEVsex a montré des différences significatives par rapport à la population générale du CeGIDD. La proportion de femmes était plus importante dans la population générale du CeGIDD (49,4 %) par rapport aux consultants pour un AEVsex (39,3 %, $p = 0,038$). L'âge médian des consultants pour un AEVsex était significativement plus élevé que celui des autres usagers du CeGIDD (32 ans contre 27 ans, $p < 0,001$). Concernant le niveau d'étude, bien que son interprétation doive être prudente en raison de nombreuses données manquantes, une tendance à un niveau d'études supérieur était observée dans le groupe des consultants pour AEVsex ($p = 0,052$).

- **Parcours des patients passés par les urgences sur la deuxième période**

Pour cet objectif secondaire, nous avons utilisé les données de ResUrgence[®], le programme informatique des urgences (SAU). La liste des individus a été comparé au listing de Nadis[®] afin d'en déterminer ceux qui ont été réévalués et ceux qui ont été perdus de vue.

Parmi les 43 patients pris en charge aux urgences pour un AEVsex, 56 % n'ont pas été revus en seconde ligne, avec une proportion plus élevée chez les femmes dont plus de 80 % étaient perdues de vue ($p = 0,039$). La moitié des AEVsex vus au SAU étaient classés comme urgents (code 2), nécessitant une prise en charge médicale théorique d'un délai de moins de 20 minutes, tandis que l'autre moitié était considérée comme non urgente (code 5), avec un délai maximal

théorique de 4 heures. Le délai médian d'attente avant l'évaluation médicale était de 75 minutes, et la durée médiane totale passée aux urgences était de 117 minutes. Ces délais étaient plus longs pour les patients perdus de vue, bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative. Concernant l'orientation, seuls 14 AEVsex (41 %) avaient été dirigés vers le CeGIDD.

Force et Limite de l'étude

Points forts de l'étude

Cette étude est la première à analyser la prise en charge des AEVsex en Guadeloupe. Elle repose sur des données collectées sur une période de plus de six ans assurant une représentativité satisfaisante des AEVsex consultant sur le territoire du nord de la Guadeloupe. La rétrospectivité de l'étude offre une image fidèle de la réalité du terrain sur plusieurs années et permet d'identifier des axes d'amélioration des pratiques.

L'utilisation du programme Nadis® dans les deux périodes permet une comparaison cohérente des données. De plus, la prise en charge a été homogène grâce à une organisation stable au sein du CeGIDD.

Enfin, les analyses secondaires apportent un éclairage complémentaire sur le parcours des patients, ouvrant des pistes pour améliorer les pratiques.

Limite de l'étude

Biais d'exhaustivité :

Certains AEVsex n'ont pas été saisis dans Nadis® en raison de pannes informatiques, bien que la majorité ait été enregistrée à posteriori. Une sous-estimation reste toutefois possible.

Les AEVsex s'étant présentés aux urgences en journée de la semaine n'ont pas été pris en charge, conformément au protocole. Il est possible que certains d'entre eux n'aient pas été correctement réorientés vers le CeGIDD, mais en l'absence de traçabilité dans Nadis® et Résurgence, il est impossible de quantifier ce phénomène ou d'analyser leurs parcours et caractéristiques.

Biais de sélection :

On dénombre 29 AEVsex exclus pour des raisons méthodologiques :

- Pendant la première période : 12 AEVsex pris en charge au CeGIDD (hors parcours de soins), et 4 AEVsex mineurs.
- Pendant la deuxième période 6 victimes d'agression sexuelle ne voulant pas porter plainte pris en charge au CeGIDD mais exclus au même titre que les AEVsex post-agression sexuelle, et 7 AEVsex pris en charge au SMIT)

Leur profil ou leur parcours atypique auraient pu présenter des caractéristiques particulières qui n'ont donc pas été analysées.

Biais de saisie des données

Les pratiques de saisie ont varié entre le CeGIDD et le SMIT, compliquant certaines comparaisons. De plus, au CeGIDD, la standardisation s'est faite progressivement avec l'apprentissage du nouveau parcours. Les données biologiques et l'observance du traitement étaient souvent incomplètes dans Nadis[®], soit par absence de saisie, soit par manque de retour des patients en consultation de suivi.

Certains champs de saisie étaient ambigus (ex. "partenaire inconnu" vs. "occasionnel", absence d'un champ spécifique pour "orientation du SAU", avec peu d'options hormis "autre", "médecin de ville" et "venu de sa propre initiative"), pouvant entraîner des différences d'interprétation.

L'auteur a joué un rôle central dans la réorganisation et la formation des médecins à la saisie des données et aux pratiques du nouveau parcours. Cela a pu favoriser l'harmonisation, mais également introduire certains biais de saisie.

Biais d'implication

L'implication de l'auteur dans la réorganisation et l'analyse des données peut avoir influencé l'interprétation des résultats.

Interprétation et mise en perspective avec d'autres études

Efficiences de la réorganisation du parcours

Cette étude visait à évaluer l'impact du nouveau parcours de soins des AEVsex centré sur le CeGIDD. Les résultats montrent une augmentation du nombre d'AEVsex pris en charge, indiquant une certaine efficacité du dispositif.

Entre 2020 et fin 2021, la pandémie de COVID-19 et les mouvements sociaux ont entraîné une forte baisse des consultations pour AEVsex, aussi bien en Guadeloupe qu'à l'international (38). Avec la levée des restrictions, les consultations ont repris, dépassant même les niveaux d'avant la pandémie, malgré un changement de parcours peu communiqué au grand public. Cette hausse des consultations suggère que les usagers se sont orientés d'eux-mêmes vers les CeGIDD. Cela semble confirmé par l'augmentation des consultations spontanées, passant de 68 % à 88 %. Cette orientation a probablement été facilitée par une meilleure communication nationale via des plateformes comme « Question Sexualité » et « Sexosafe » (38)(39), ainsi que par l'actualisation des protocoles auprès des centrales d'appels comme Sida-Info-Service (41) et du COREVIH Guadeloupe.

Cependant, le nouveau protocole a été principalement communiqué aux urgences (SAU), où seulement 40 % des patients concernés ont été correctement orientés vers le CeGIDD. Ce chiffre souligne les difficultés d'implantation d'un nouveau parcours, malgré des rappels fréquents et la mise en place d'affichages. De plus, la moitié des AEVsex pris en charge étaient considérés comme urgents, ce qui suggère une méconnaissance persistante du protocole par

une partie du personnel. On peut cependant noter que malgré les difficultés du CHU et des urgences en termes de manque de personnel, le délai d'attente médian avant de voir un médecin du SAU est d'une heure et quart, ce qui est court et démontre tout de même une prise en charge rapide. Cependant moins de 50% ont été réévaluer au CeGIDD ce qui contraste avec certaines études affichant une réévaluation à plus de 80% des AEVsex (41)(42).

Un point préoccupant est l'augmentation du délai entre l'AEVsex et la prise du premier TPE, alors qu'on aurait pu s'attendre à l'inverse avec un accès supposé facilité. La durée médiane est passé de 12 heures à 16 heures ce qui reste comparable avec d'autres études rétrospectives françaises et suisses (43)(41), mais qui constitue toutefois une perte de statistiquement significative de 4 heures. La prise dans les 12 premières heures est passée de 50 % à un 30 % des cas, et moins de 5 % ont reçu le traitement en moins de 4 heures.

Cette situation pourrait s'expliquer par un parcours de soins morcelé entre les urgences du CHU et le CeGIDD, avec une coordination difficile entre ces deux structures distantes d'environ 2 km. De plus, les recommandations sur l'efficacité du TPE varient selon les sources. En France, le délai maximal retenu est généralement de 48 heures, tandis que dans d'autres pays comme le Canada (45) ou la Belgique (43), il est étendu à 72 heures, conformément aux recommandations de l'OMS (46). Certains spécialistes estiment cependant que l'efficacité après 24 heures est très limitée, ce qui a pu conduire à une évaluation trop faible du bénéfice du TPE pour certains AEVsex survenus après ce délai. À l'inverse, le CeGIDD appliquait une prescription uniforme allant jusqu'à 48 heures, ce qui a pu mécaniquement allonger les délais. Il est d'ailleurs intéressant de noter que les dernières recommandations du groupe d'expert communiquées en 2024, tendent plutôt vers une réduction de la prescription du TPE et un meilleur ciblage des populations clés (présenté en annexe).

Une autre hypothèse serait un changement dans le profil des patients consultant au CeGIDD, avec une perception moins aiguë du risque. L'utilisation du préservatif traduit une volonté de protection, et sa rupture ou son glissement peuvent être perçus comme un échec nécessitant une autre mesure de prévention, comme le TPE. Ces patients s'orientaient peut-être plus spontanément vers l'hôpital, perçu comme un centre d'urgence, plutôt que vers le CeGIDD. La baisse significative des consultations pour AEVsex liés à une rupture ou un glissement de préservatif pourrait ainsi refléter une approche moins urgente du risque pour les AEVsex consultant CeGIDD.

Certaines personnes exposées, consultant plus tardivement au CeGIDD, avaient peut-être avant tout une inquiétude vis-à-vis de leur partenaire et une volonté de dépistage, sans connaissance du TPE et de ses délais. Une fois sur place, le formulaire d'accueil leur suggérait cette option, leur permettant d'en bénéficier sans l'avoir initialement envisagée, et faisant augmenter le délai de prise du TPE. Il est donc possible que les différences observées entre les

AEVsex avant et après la réorganisation s'expliquent en partie par une évolution du profil des patients.

Bien que le profil des patients consultant pour un AEVsex, majoritairement des hommes entre 25 et 35 ans ayant fait des études, reste globalement similaire à ce qui est observé au niveau national et international (42)(43)(46), certaines caractéristiques ont évolué entre les deux périodes. La population tend à se rapprocher de celle habituellement suivie au CeGIDD, qui est plus féminine et plus jeune.

Un changement notable est la diminution de la proportion de patients HSH. Comparée à d'autres données françaises et internationales dont les proportions d'HSH sont proches et même parfois bien supérieures à 50 % (42)(46)(47), les 17% d'AEVsex avec un partenaire HSH ou bi au CeGIDD du CHUG demeurent particulièrement faible. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette sous-représentation des HSH. On peut espérer que la démocratisation de la PrEP dans cette population ait réduit le recours au TPE, mais il ne semble pas que cette explication soit suffisante. Il est aussi possible qu'une sous-déclaration des relations entre hommes soit en cause, dans un contexte local où l'homosexualité reste taboue et où l'homophobie demeure ancrée (9)(48).

Par ailleurs, le CeGIDD pourrait ne pas être identifié comme un lieu de recours par la communauté HSH guadeloupéenne. Sa localisation, à proximité de quartiers prioritaires, a parfois été perçue comme un frein par certains membres de cette communauté. Ces éléments pourraient aussi expliquer l'absence totale de personnes transgenres parmi les AEVsex et, plus largement, parmi les patients du CeGIDD.

Un autre point soulève des interrogations : la proportion d'étrangers consultant pour un AEVsex en Guadeloupe reste particulièrement faible et a encore diminué lors de la deuxième période, ne représentant plus que 7,6 % des AEVsex. Cette donnée mérite une attention particulière, d'autant plus que la prévalence du VIH est plus élevée dans la population immigrée (3)(6).

Cette proportion est d'autant plus surprenante qu'elle est bien plus élevée dans d'autres contextes. Une étude menée dans le département des Pays de la Loire et en Belgique a montré que les personnes étrangères représentaient respectivement 24 % et 49,7 % des consultations pour AEVsex (42)(46). De plus beaucoup d'enquêtes nationales montrent qu'environ la moitié des contaminations VIH chez les personnes étrangères surviennent après leur arrivée sur le territoire (49)(50)(51).

Cette situation soulève des enjeux majeurs en matière de ciblage de l'information, notamment auprès des populations clés comme les HSH et les personnes en situation de précarité.

Suivi et offre en prévention

Le suivi des patients après un AEVsex reste un défi, comme dans de nombreuses études (41)(44). Nos résultats montrent un taux de retour de 33 %, ce qui est inférieur aux standards

rapportés ailleurs dont le suivi est bien supérieur à 60%, dans des études cependant rétrospective (42)(46). Toutefois, l'interprétation reste difficile en raison de nombreuses données biologiques manquantes. Ces bilans non renseignés s'expliquent par le fait que la majorité des examens étaient réalisés en externe, le CeGIDD du CHUG ne pouvant pas effectuer les bilans de contrôle rénal et hépatique recommandés. Bien que non évaluable, le défi du suivi biologique semble toucher toutes les études et notamment les rétrospectives avec des chiffres dépassant rarement les 50% de bilan renseignés (42), avec 22 % de suivi biologique pour une cohorte française (44).

L'offre vaccinale n'a pas pu être évaluée à l'époque en raison d'une panne de réfrigérateur, rendant impossible la conservation des vaccins. Par ailleurs, 40 % des patients consultant pour un AEVsex ignoraient leur statut vaccinal, compliquant encore davantage la mise en place d'une offre vaccinale directe et nécessitant une consultation de suivi.

Concernant la PrEP, les résultats sont insatisfaisants : parmi 21 usagers considérés à risque, sur les critères de rapports HSH ou d'AEVsex multiples, 6 n'avaient aucune mention de PrEP dans leur dossier. On ne peut qu'espérer que l'information ait été donnée sans être notée. D'autres personnes à risque n'ont probablement pas été identifiées comme appartenant à une population clé, soulignant la nécessité de systématiser cette discussion pour tous les patients sous TPE, quel que soit leur niveau de risque. Généraliser cette approche permettrait de démocratiser la PrEP universelle et d'améliorer la prévention des nouvelles contaminations (52).

OUVERTURE ET IMPLICATION FUTURE

D'après les données du rapport épidémiologique DAT'AIDS, 80 AEVsex ont été pris en charge en 2024 au CeGIDD du CHUG, soit une augmentation de 40 %. Cette tendance semble indiquer que le CeGIDD est de mieux en mieux identifié pour cette prise en charge. Cependant, les recommandations de juillet 2024, formulées par le groupe d'experts nous invitent à repenser notre approche en limitant l'indication du TPE à certains cas spécifiques (53).

En effet, les DOM des Antilles ont été retirés de la liste des zones géographiques à forte prévalence, ce qui implique que la prescription systématique du TPE n'est plus justifiée (cf. Annexe 2). Il a ainsi été estimé qu'environ 300 000 prescriptions de TPE seraient nécessaires pour prévenir une seule contamination par le VIH après un rapport hétérosexuel vaginal insertif. Ce chiffre est significativement réduit pour les rapports entre HSH, par exemple, ce qui amène à repenser notre stratégie préventive en mettant davantage l'accent sur les populations clés, qui semblent sous-représentées dans notre CeGIDD.

Il reste évidemment complexe de refuser un traitement d'urgence à une personne très inquiète. Cette consultation a donc pour objectif principal une réassurance, ainsi que la délivrance d'informations sur tous les moyens de prévention, dont la PrEP. À la fin de cette consultation, le choix reviendra à la personne exposée de prendre ou non le TPE, même si le médecin considère que le risque est insuffisant.

Cette thèse a permis de mettre en évidence cette sous-représentation et d'ouvrir la voie à la mise en place d'actions ciblées pour mieux atteindre les populations clés, notamment les HSH et la population migrante. Elle a également mis en lumière des lacunes dans la saisie des données et dans le suivi des patients, des points qui méritent une réflexion approfondie et des améliorations dans nos pratiques. L'indication et les modalités des bilans biologiques ont également été modifiées dans les nouvelles recommandations, présentées en Annexe 3.

Enfin, cette étude a souligné la nécessité d'améliorer le parcours patient entre le SAU et le CeGIDD, afin de limiter la perte de vue et de garantir une prise en charge plus fluide et efficiente des AEVsex. Une meilleure coordination entre ces deux structures, couplée à une sensibilisation accrue des professionnels de santé, permettrait d'optimiser l'orientation des patients et d'assurer une prise en charge plus rapide et efficace.

BIBLIOGRAPHIE

1. ONUSIDA [En ligne]. 2024. Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida Disponible: https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2024/UNAIDS_FactSheet
2. Santé Public France [En ligne]. 29 nov 2024. VIH/sida : Données Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida>
3. SPF. [En ligne]. VIH et IST bactériennes en Guadeloupe. Bilan 2023. [cité le 21 janv 2025]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2024/vih-et-ist-bacteriennes-en-guadeloupe.-bilan-2023>
4. 2002_hti_les_personnes_vivant_avec_le_vih.pdf. [En ligne]. [cité le 14 juill 2024].
5. [En ligne]. Haïti [cité le 14 déc 2024]. Disponible: <https://www.unaids.org/fr/keywords/haiti>
6. HAÏTI enquete nationale évaluation de l'impact du vih dans la population en haïti.pdf. [En ligne]. [cité le 29 oct 2024].
7. Histoire de la migration haïtienne. [En ligne]. Collectif Haïti France [cité le 29 oct 2024].
8. Palich R, Arias-Rodríguez A, Duracinsky M, Talec J-YL, Torrente OR, Lascoux-Combe C, et al. High proportion of post-migration HIV acquisition in migrant men who have sex with men receiving HIV care in the Paris region, and associations with social disadvantage and sexual behaviours: results of the ANRS-MIE GANYMEDE study, France, 2021 to 2022. *Eurosurveillance*. European Centre for Disease Prevention and Control; 2024;29(11):2300445. DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.11.2300445
9. Mulot S. Relations de soin, cultures et inégalités de santé: Les soignants de Guadeloupe face aux migrants haïtiens séropositifs. *Terrains Trav*. ENS Paris-Saclay; 2014;24(1):39-61. DOI: 10.3917/tt.024.0039
10. Chonville N. L'homophobie aux Antilles : réappropriation d'un obscur héritage colonial. *Archipélies*. 2018;6. DOI: 10.4000/12wfn
11. Institut Pasteur [En ligne]. 9 avr 2024. 40 ans de découverte du VIH : les premiers cas d'une maladie mystérieuse au début des années 1980 [cité le 14 juill 2024]. Disponible: <https://www.pasteur.fr/fr/journal-recherche/actualites/40-ans-decouverte-du-vih-premiers-cas-maladie-mysterieuse-au-debut-annees-1980>
12. ORSAG_KABP_Jeunes_DT20152.pdf. [En ligne]. [cité le 22 janv 2025].
13. Favier C, Suzan-Monti M, Musso S, Préau M, Silvain C, Raguin G, et al. MEMBRES DE LA COMMISSION « GUYANE-ANTILLES ».
14. Caducee.net [En ligne]. Trithérapies : des bénéfiques évidents mais les effets à long terme restent à évaluer [cité le 21 janv 2025]. Disponible: <https://www.caducee.net/actualite-medicale/1048/tritheraopies-des-benefices-evidents-mais-les-effets-a-long-terme-restent-a-evaluer.html>

15. [En ligne]. Principaux repères sur le VIH/sida [cité le 14 juill 2024]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
16. Kampouri E, Papadimitriou Olivgeris M, Calmy A, Ciuffi A, Cavassini M. VIH: prévention, traitement et perspectives. *Rev Med Suisse*. 2020;6767:92-8.
17. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe des experts « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH ». 2018;
18. Chéret A. Etude de l'établissement des réservoirs VIH lors de la primo-infection et de l'impact des traitements antirétroviraux très précoces sur ces réservoirs.
19. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH: rapport 2013 [pour le] Ministère des affaires sociales et de la santé recommandations du groupe d'experts. Paris: la Documentation française; 2013.
20. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2017;
21. [En ligne]. La prévention VIH/sida : les outils d'aujourd'hui [cité le 22 janv 2025]. Disponible: <https://www.lecrips-idf.net/vih-sida-prevention-diversifiee>
22. [prevention-2025-roadmap_fr.pdf](#). [En ligne]. [cité le 22 janv 2025].
23. Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE. Condom Effectiveness for HIV Prevention by Consistency of Use Among Men Who Have Sex With Men in the United States. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;68(3):337. DOI: 10.1097/QAI.0000000000000461
24. Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(1):CD003255. DOI: 10.1002/14651858.CD003255
25. Evaluation de la recommandation temporaire d'utilisation de TRUVADA ® dans la prophylaxie pré-exposition de l'infection par le VIH - un enseignement pour la santé publique.pdf. [En ligne]. [cité le 30 sept 2024].
26. Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité sociale. [En ligne]. Note d'information DGS/DH/DRT n° 81 du 25 septembre 1995 relative aux mesures de prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les professionnels de santé et la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique - APHP DAJDP [cité le 14 oct 2024]. Disponible: <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgsdhprt-n-81-du-25-septembre-1995-relative-aux-mesures-de-prevention-de-la-transmission-du-virus-de-limmunodeficiency-humaine-chez-les-professionnels-de-sante-et-la-cond/>
27. Tsai C-C, Follis KE, Sabo A, Beck TW, Grant RF, Bischofberger N, et al. Prevention of SIV Infection in Macaques by (R)-9-(2-Phosphonylmethoxypropyl)adenine. *Science*. American Association for the Advancement of Science; 1995;270(5239):1197-9. DOI: 10.1126/science.270.5239.1197

28. Sperling RS, Shapiro DE, Coombs RW, Todd JA, Herman SA, McSherry GD, et al. Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med.* 1996;335(22):1621-9. DOI: 10.1056/NEJM199611283352201
29. Ministère du Travail et des Affaires sociales, Direction générale de la Santé. B.E.H N°18/1996 : Etude cas-témoins de la séroconversion du VIH chez les agents de santé Après une exposition percutanée à du sang infecté par le VIH. 1996;
30. [En ligne]. Bulletin Officiel n°98/16 [cité le 18 oct 2024]. Disponible: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-16/a0161057.htm>
31. Laporte A, Jourdan N, Bouvet E, Lamontagne F, Pillonel J, Desenclos J-C. Post-exposure prophylaxis after non-occupational HIV exposure: impact of recommendations on physicians' experiences and attitudes. *AIDS Lond Engl.* 2002;16(3):397-405. DOI: 10.1097/00002030-200202150-00011
32. [En ligne]. Bulletin Officiel n°2003-23 [cité le 19 oct 2024]. Disponible: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-23/a0231611.htm>
33. [En ligne]. Circulaire interministérielle DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS n°2008-91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) - APHP DAJDP [cité le 13 janv 2025]. Disponible: <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-interministerielle-dgsri2dhdosdgt-dss-n2008-91-du-13-mars-2008-relative-aux-recommandations-de-prise-en-charge-des-personnes-exposees-a-un-risque-de-transmission-du-virus-de-l/>
34. Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med.* Massachusetts Medical Society; 2015;373(23):2237-46. DOI: 10.1056/NEJMoa1506273
35. [En ligne]. Chimio prophylaxie pré-exposition pour la prévention du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes | Journal de médecine de la Nouvelle-Angleterre [cité le 1 oct 2024]. Disponible: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011205#t=article>
36. [En ligne]. Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles - Légifrance [cité le 27 oct 2024]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030824409>
37. [En ligne]. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/SP2/PP2/DGOS/PF2/DSS/1C/DGT/CT2/2019/45 du 25 février 2019 relative aux recommandations de prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux liquides

- biologiques (AES) survenant dans un environnement professionnel et des accidents d'exposition sexuelle [cité le 22 janv 2025]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=44696>
38. Whitlock GG, Ahmed N, Nori A, Richardson D, Clarke E, Browne R, et al. Characteristics of HIV post-exposure prophylaxis recipients at six English sexual health clinics during COVID-19. *HIV Med.* 2022;23(10):1103-7. DOI: 10.1111/hiv.13308
39. [En ligne]. Le TPE : le traitement d'urgence après une exposition au VIH [cité le 7 févr 2025]. Disponible: <https://questionsexualite.fr/s-informer-sur-les-infections-et-les-maladies/les-moyens-de-protection/que-faire-en-cas-d-urgence-apres-une-exposition-au-vih>
40. Sexosafe. Sexosafe [En ligne]. TPE : le réflexe d'urgence après une exposition au VIH [cité le 7 févr 2025]. Disponible: <https://www.sexosafe.fr/ma-sante/prevention-et-depistage/tpe-le-reflexe-d-urgence-apres-une-exposition-au-vih>
41. Sida Info Service [En ligne]. 2 nov 2017. Je viens d'être exposé à un risque VIH [cité le 7 févr 2025]. Disponible: <https://www.sida-info-service.org/risque-moins-de-48-heures/>
42. Tissot F, Erard V, Dang T, Cavassini M. Nonoccupational HIV post-exposure prophylaxis: a 10-year retrospective analysis. *HIV Med.* 2010;11(9):584-92. DOI: 10.1111/j.1468-1293.2010.00826.x
43. Malinverni S, Gennotte A-F, Schuster M, De Wit S, Mols P, Libois A. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis: A multivariate regression analysis of a 5 years prospective cohort. *J Infect.* 2018;76(1):78-85. DOI: 10.1016/j.jinf.2017.10.008
44. Lot F, Larsen C, Herida M. Prophylaxie post-exposition au VIH : évaluation nationale et étude coût-efficacité. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005. *Institut de veille sanitaire.* 2005;114-21.
45. Tan DHS, Hull MW, Yoong D, Tremblay C, O'Byrne P, Thomas R, et al. Canadian guideline on HIV pre-exposure prophylaxis and nonoccupational postexposure prophylaxis. *CMAJ.* CMAJ; 2017;189(47):E1448-58. DOI: 10.1503/cmaj.170494
46. Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis [En ligne]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cité le 4 févr 2025]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606987/>
47. Chauveau M, Billaud E, Bonnet B, Merrien D, Hitoto H, Bouchez S, et al. Tenofovir DF/emtricitabine/rilpivirine as HIV post-exposure prophylaxis: results from a multicentre prospective study. *J Antimicrob Chemother.* 2019;74(4):1021-7. DOI: 10.1093/jac/dky547
48. Halfen S, Lydié N, Esvan M, Diter K. Connaissances, opinions et utilisation des préservatifs dans la population générale adulte de Guadeloupe, Martinique et Guyane : évolutions 2004-2011.(39-40):496-503. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;(39-40):496-503.

49. Mulot S. Santé, culture et soins dans le contexte du VIH en Guadeloupe. Une lecture intersectionnelle des catégorisations et des prises en charge. Archipélices. 2018;6. DOI: 10.4000/12wfl
50. SPF. [En ligne]. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude ANRS-Parcours. Numéro thématique. Journée mondiale du sida, 1er décembre 2015 [cité le 15 févr 2025]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/migrants-subsahariens-suivis-pour-le-vih-en-france-combien-ont-ete-infectes-apres-la-migration-estimation-dans-l-etude-anrs-parcours.-numero-th>
51. vih.org [En ligne]. Où sont infectés par le VIH les immigrés diagnostiqués en France ? [cité le 15 févr 2025]. Disponible: <https://vih.org/vih-et-sante-sexuelle/20241202/ou-les-immigres-diagnostiques-en-france-sont-ils-infectes-par-le-vih-des-resultats-precis-et-precieux-pour-laction/>
52. Arvieux - 2024 - Traitement préventif pré-exposition de l'infection.pdf. [En ligne]. [cité le 15 févr 2025].
53. Arvieux C, Conort, Cua E, Devez P-E, Fischer H, fouquay H, et al. Traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH. 2024;

ANNEXE

ANNEXE 1 : PROTOCOLE AEV 2021

ACCIDENT A RISQUE VIRAL : Conduite à tenir en cas d'exposition à risque viral AEV sexuel / professionnel

I. Généralités

Définitions :

2 types d'accidents à risque viral :
AEV professionnels de santé (au sang ou autre liquide biologique potentiellement contaminant) « AES »
AEV non professionnels : sexuels, partage de matériel d'injection, blessures...

Objectifs d'un traitement post-exposition

Traitement post-exposition = TPE
Principes : élimination virale par le traitement et par l'action du système immunitaire
Agir avant l'atteinte du système immunitaire et avant la propagation virale

II. AES SEXUEL

Risques de transmission virale :

Risque VIH rapport oral (fellation réceptive) 0.04%
Rapport vaginal 0.1%
Rapport anal réceptif entre 2 hommes 0.82%
La circoncision diminue le risque d'infection chez l'homme
Risque VHC : moins important mais significatif en cas de relations sanglantes homosexuelles
Risque VHB 30-80%

Facteurs de risque de transmission sexuelle du VIH :

- Stade de l'infection du partenaire (charge virale VIH élevée, primo-infection)
- Existence d'une IST ou d'une lésion génitale

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source			
	Positif		Inconnu	
	CV détectable	CV < 50 copies/ml*	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible ou inconnue
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

** Groupe à prévalence élevée: HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, ou personne originaire de région à prévalence du VIH > 1% (Océanie, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), ou usager de drogue injectable.

Modalités de prescription du TPE :

Choix préférentiel (sauf en cas de grossesse) = EVIPLERA® 1cp/j

Situations particulières :

- en cas d'atteinte rénale préexistante = COMBIVIR (1cpx2/j) + PREZISTA 800mg 1/jour + NORVIR 100mg 1/jour (2 cp à prendre au même moment x1/jour)
- chez une femme enceinte ou susceptible de l'être = TRUVADA 1/jour + PREZISTA 800mg 1/jour + NORVIR 100mg 1/jour (3 cp à prendre au même moment x1/jour)
- Lorsqu'il y a indication de TPE, que le patient source est connu PVVIH traité, le TPE sera, dans la mesure du possible, adapté à l'historique des traitements antirétroviraux reçus par le patient source.

Le TPE est prescrit pour une durée de 28 jours.

- Rapport sexuel durant les règles
- Saignement au cours du rapport sexuel (1^{er} rapport, viol, ...)

Evaluation du risque / TPE

VIH

1/ Vérifier qu'il s'agit d'un AES SEXUEL potentiellement à risque d'exposition au VIH :

- Les relations sexuelles oro-génitales « RECEPTIVES » (« je me fais faire une fellation, un cunnilingus...), quel que soit le statut du partenaire, sont à considérer comme à risque « nul » => **PAS DE TPE**
- Toute autre exposition sexuelle (« j'ai eu un rapport anal ou vaginal insertif et/ou réceptif », j'ai fait une fellation ou un cunnilingus...) **NON PROTEGEE** (pas de préservatif ou accident de préservatif) avec un ou des partenaires dont le statut est inconnu ou en cas de partenaire VIH positif « non contrôlé » (VIH+ non traité ou traité mais charge virale non indétectable ou inconnue) sont à considérer comme potentiellement à risque => **TPE** (si pas hors délai)

2/ Prendre en compte le délai écoulé entre AES exposant au risque VIH et consultation :

- **Si > 48h** : hors délai => plus d'indication de TPE car trop tard*
Une consultation CeGIDD est cependant à proposer dans les meilleurs délais pour évaluer notamment indication PrEP +++
- **Si < 24h** : TPE à initier sans délai; celui-ci permet de réduire d'au moins 80% le risque de transmission mais ne l'annule pas, Intérêt plus fort si TPE débuté dans les 4 à 6 premières heures après AEV.
- **Entre 24 et 48h** : TPE à initier si risque potentiel VIH en informant la personne exposée que le bénéfice du TPE est cependant faible

Si délai < 48h, toujours prendre en compte l'avis de l'exposé : si l'exposé souhaite initier un TPE même si vous estimez que le risque est faible ou délai limite, donner le TPE et celui-ci sera réévalué lors de la consultation médicale. Inversement, si l'exposé ne veut pas prendre de TPE bien qu'indiqué, c'est son choix : lui proposer une consultation auprès du CeGIDD dans les meilleurs délais pour dépistage IST et éducation à la santé sexuelle.

Lorsque le sujet exposé est d'abord vu en SAU, le TPE, justifié par l'urgence, est prescrit pour une durée initiale de 48 à 96 heures, à l'issue desquelles la personne exposée doit être revue par un médecin référent. Ce dernier pourra être amené à modifier le schéma thérapeutique, voire à interrompre selon le contexte : résultat négatif de la sérologie VIH ou charge virale indétectable confirmée du patient source, réévaluation du risque, mauvaise tolérance. Si le médecin référent décide la poursuite du traitement, il reconduira la prescription pour une durée totale de 28 jours.

VHB

Le risque de transmission sexuelle du VHB, nettement plus élevé que celui du VIH, peut être réduit par l'injection d'immunoglobulines spécifiques et/ou une vaccination VHB de la personne exposée non vaccinée et/ou non immunisée, et/ou la prise d'antiviraux ayant une activité spécifique sur le VHB :

La vaccination anti-VHB doit être débutée au mieux dans les 72 heures suivant l'exposition, éventuellement jusqu'à J7 ; elle comporte une première injection IM (dans le deltoïde) d'une dose de 20 µg de vaccin, complétée par deux injections de 20 µg à M1 et M6;

Les immunoglobulines (Ig) spécifiques doivent être administrées dans les 72 heures suivant l'exposition par voie IM (voire jusqu'à 1 semaine après), à la posologie de 500 UI. Leur délivrance est exclusivement hospitalière. La survenue possible de réactions d'hypersensibilité après l'injection, même si elles sont rares, nécessite une surveillance après l'injection.

L'association d'immunoglobulines et du vaccin a une efficacité préventive contre une infection par le VHB, supérieure à celle du vaccin seul.

La plupart des **TPE comportent une association de ténofovir et d'emtricitabine**, molécules actives sur le VHB. Lorsqu'un tel traitement est mis en route il permet de s'abstenir de l'administration d'immunoglobulines, sauf lorsque la personne source est connue comme infectée par le VHB avec virémie positive (ADN VHB plasmatique détectable).

Sujet exposé	Statut VHB (Ag HBs) personne source	
	Positif	Inconnu
Vacciné répondeur (Anti HBs > 10 mUI/ml ou > 100 mUI/ml dans les antécédents)	rien	rien
Vacciné non répondeur (Anti HBs < 10 mUI/ml sans anti-HBc ni notation d'anti HBs > 100 mUI/ml dans le passé)	Immunoglobulines*	rien**
Non vacciné	Immunoglobulines* + vaccin	vaccin**

VHC

En cas d'exposition sexuelle au VHC (personne source infectée par le VHC et virémique, ou personne source de sérologie inconnue), un traitement préventif anti-VHC n'est pas recommandé en post-exposition, aucune étude n'ayant évalué son efficacité.

Autres IST

Au cours d'un AEV sexuel, d'autres IST risquent d'être transmises (syphilis, gonocoque, *Chlamydia*...).

Une antibioprophylaxie systématique n'est pas recommandée, ce d'autant que des résistances sont décrites.

La personne consultante doit être alertée sur les signes fonctionnels génito-urinaires qui devront motiver une consultation et un dépistage (médecine générale, CEGIDD ou autre)

Contraception

Du fait du risque d'infection, de la prescription éventuelle de TPE (risque interactions), la contraception mécanique (préservatif) reste la plus sûre dans ce contexte, et est donc recommandée en priorité.

En cas d'exposition sexuelle avérée survenant chez une femme n'ayant pas de moyen efficace de contraception et de prescription de TPE, il faut proposer une contraception d'urgence, dans les 72 heures au plus tard.

Suivi biologique en cas d'AEV sexuel

J 1-4	- Sérologie VIH - Sérologie syphilis - Sérologie VHC - Anti-HBs (si vacciné et titre Ac inconnu) ou Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (si non-vacciné) - ALAT - créatinine, test de grossesse (si indication de TPE) - PCR chlamydia et gonocoque*
S2	- ALAT, créatinine (si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie)
S 6	- Sérologie VIH (si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable) - Sérologie syphilis - PCR chlamydia et gonocoque* - ALAT et ARN VHC (chez HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source)
S 12	- Sérologie VIH si TPE - Sérologie VHC (chez HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source) - Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu)

* Indications : femme < 25 ans, homme < 30 ans, ou HSH ou sujet symptomatique.

Références :

- *Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant (septembre 2017) CNS ANRS*
- *Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018 ; BEH 2018*

Fin de document ■

ANNEXE 2 : RECOMMANDATION AEVsex 2024 : Indication

Tableau 2B : Indications au TPE lorsque le statut VIH de la personne source ne peut pas être déterminé (classé par risque d'exposition)

Risque et nature de l'exposition	HSH ou personne transgenre	Partenaire d'un groupe de prévalence $\geq 1\%$ (hors HSH ou personne transgenre)*	Activité sexuelle en groupe et/ou sous produits psychoactifs, Violences sexuelles*	Autres situations avec partenaire de statut VIH inconnu
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter	TPE non recommandé
Rapport vaginal	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter	TPE non recommandé
Rapports oro-génitaux	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Projection cutanée ou muqueuse de sperme ou sécrétions génitales	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* On parle de "surrisque" quand le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH² non diagnostiqué est $\geq 1\%$: personne originaire de zone de haute endémie (prévalence $\geq 1\%$, dont certains pays d'Afrique subsaharienne et la Guyane), usager de drogue intraveineuse ; ou lorsque le rapport survient dans des circonstances où les données de la littérature ne permettent pas d'évaluer le niveau d'exposition, mais où un risque accru du VIH est possible : activité sexuelle en groupe, sous produits psychoactifs, violences sexuelles.

ANNEXE 3 : RECOMMANDATION AEVsex 2024 : Suivi Biologique

Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition sexuelle

		En cas de TPE, avec enchaînement sur une PrEP	En l'absence de TPE et en l'absence de risque hépatite	En cas de TPE, sans PrEP à suivre et sans risque d'hépatite	Avec ou sans TPE, en l'absence de PrEP et avec risque d'hépatite (1)
Temporalité	Bilan initial	Un seul contrôle à S4 post exposition puis suivi PrEP habituel	Un seul contrôle à S6 post exposition	Un seul contrôle à S10 post exposition	Un seul contrôle à S12 post exposition
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH	+	+	+	+	+(2)
<input type="checkbox"/> ARN VIH		+/- (3)			
<input type="checkbox"/> Sérologie VHB	+				+
<input type="checkbox"/> Sérologie VHC	+				+
<input type="checkbox"/> Sérologie VHA		+(IgG)			+/- (4)
<input type="checkbox"/> ALAT	+(5)	+			+
<input type="checkbox"/> Créatinine + DFG	+(5)	+			
<input type="checkbox"/> Sérologie Syphilis	+	+	+	+	+
<input type="checkbox"/> PCR Chlamydia/Gonocoque (6)	+	+	+	+	+
<input type="checkbox"/> Test de grossesse	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)

(1) « risque hépatite » : pour l'hépatite B, personne non immunisée contre le VHB. Pour l'hépatite C, pratique anale traumatique, sujet source usager de drogues intraveineuses, chemsex, sujet source vivant avec le VHC non traité

(2) Pour les personnes ayant eu un « risque hépatite » et ne souhaitant pas attendre 12 semaines pour avoir les résultats de leur test pour le VIH, celui-ci peut être réalisé à 6 semaines (ou 10 semaines en cas de TPE)

(3) En cas de doute sur une primo-infection VIH

(4) Si exposition à risque VHA (rapports oro-anaux) : IgM (hépatite aiguë), IgG (contrôle d'immunité)

(5) Si TPE

(6) Pharyngé, anal, vaginal ou 1^{er} jet urinaire selon exposition

(7) Femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception : au screening et chaque fois que les femmes le souhaitent