

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 28 novembre 2014 à Poitiers
par **Madame Fanny POIROT ROOSENS**

**Evaluation des connaissances des patients sur le VIH,
se présentant aux urgences pour AEV sexuel.**

COMPOSITION DU JURY :

Président : Madame le Professeur France ROBLLOT

Membres : Madame le Professeur Virginie MIGEOT
Monsieur le Professeur Gérard AGIUS
Monsieur le Docteur Guillaume BERAUD
Monsieur le Docteur François BIRAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Grégoire VERSMEE



LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie – radiothérapie (en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014)
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement 2 ans à compter de janvier 2014)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Remy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur France ROBLOT, de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse. L'enseignement que vous m'avez prodigué au sein de votre service mais également votre soutien, m'ont été précieux.

Veillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Virginie MIGEOT, d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

Votre présence me semblait indispensable à cette soutenance.

Veillez accepter l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Gérard AGIUS, d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

Votre savoir me paraît essentiel à cette thèse.

Veillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Guillaume BERAUD, d'avoir eu la gentillesse d'accepter d'être membre de ce jury. Merci pour ton soutien et ta présence indéfectibles.

A Monsieur le Docteur François BIRAULT, d'avoir été un tuteur exemplaire tout au long de ces études, tant sur le plan professionnel, que sur le plan amical.

Tu as été un soutien sans faille. Merci François.

A Monsieur le Docteur Grégoire VERSMEE, d'avoir dirigé ce travail de thèse. Je souhaite te remercier, pour l'aide que tu m'as apportée ainsi que ton soutien.

Ce fut un réel plaisir de travailler ensemble. Merci mon Ami.

REMERCIEMENTS

A mon mari, pour son amour et son soutien depuis tant d'années. Je suis une femme épanouie à tes côtés.

A mes parents, si aimants, qui ont toujours été présents et qui m'ont toujours soutenue. Je n'en serais pas là aujourd'hui, sans vous. Merci d'être ce que vous êtes et de m'avoir tant donné.

A mon beau-père, qui m'a élevée comme sa propre fille et qui m'a tant fait avancer.

A mon frère, pour nos fous rires et notre complicité inébranlable.

A ma sœur, que j'admire et qui, malgré la distance, est présente dans mon cœur.

A mes beaux-parents, pour leur soutien et leurs précieux conseils si chers à mes yeux.

A ma belle-sœur, future urgentiste, qui a su comprendre les épreuves traversées et qui m'a toujours encouragée.

A Pierre-Edouard, pour sa précieuse contribution à la réalisation de ce travail. Tu as une personnalité si rare. Merci d'être Toi !

A mes grands-parents, pour leur fierté inconditionnelle, si importante à mes yeux.

A mes co-internes, avec qui j'ai passé des moments magiques et inoubliables.

A Régine, d'avoir été à la fois une seconde mère et une confidente. Merci pour ta patience, ton temps et ta tendresse.

A mes Amis, qui m'ont toujours soutenue malgré la distance. Votre présence et votre amitié sans faille ont toujours été pour moi, un élément moteur.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	10
1.1. Situation actuelle.....	10
1.2. Prévention.....	11
1.3. Accident d'Exposition au risque Viral.....	12
1.4. Service d'Accueil des Urgences.....	13
1.5. Connaissances de la population générale.....	13
1.6. Objectifs de l'étude.....	15
2. MATERIEL ET METHODES.....	16
2.1. Environnement de l'étude.....	16
2.2. Population d'étude.....	17
2.2.1. Critères d'inclusion	
2.2.2. Critères de non-inclusion	
2.2.3. Critères d'exclusion	
2.3. Critères de jugement.....	17
2.3.1. Critère de jugement principal	
2.3.2. Critères de jugement secondaires	
2.4. Déroulement de l'étude.....	18
2.5. Recueil des données.....	19
3. RESULTATS.....	22
3.1. Population d'étude.....	22
3.2. Niveau de connaissances des patients.....	23
3.2.1. Niveau de connaissances global	
3.2.2. Répartition des notes	
3.2.3. Evaluation des réponses au questionnaire	
3.3. Prévalence des AEV aux urgences.....	27
3.4. Prévalence de l'utilisation du préservatif.....	27
3.4.1. Utilisation du préservatif et 1 ^{er} rapport à risque	
3.4.2. Utilisation du préservatif et nature du rapport	

3.5. Prévention, Informations.....	30
3.5.1. Origine de l'information préventive	
3.5.2. Bénéfice d'une information antérieure sur le niveau de connaissances	
3.5.3. Complément d'information	
3.6. « Le dépistage pour tous ».....	32
4. DISCUSSION.....	33
4.1. Validité de l'étude.....	33
4.1.1. Limites et biais	
4.1.2. Forces de l'étude	
4.2. A propos des résultats.....	34
4.2.1. Population étudiée	
4.2.2. Evaluation des connaissances	
4.2.2.1. Niveau de connaissances global	
4.2.2.2. Par thématique	
4.2.3. Prévalence des AEV aux urgences	
4.2.4. Prévalence du préservatif	
4.2.5. Information préventive et complément d'information	
4.2.6. « Dépistage pour tous »	
4.3. Perspectives d'avenir.....	38
4.3.1. Améliorer le niveau de connaissances de la population	
4.3.2. Valoriser le préservatif sous toutes ses formes	
4.3.3. Acteurs de l'information préventive	
4.3.4. « Dépistage pour tous » ?	
4.3.5. Un avenir prometteur	
5. CONCLUSION.....	42
LISTE DES ABREVIATIONS.....	43
BIBLIOGRAPHIE.....	44
ANNEXES.....	46
RESUME.....	53
ABSTRACT.....	54
SERMENT.....	55

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme descriptif de la population étudiée. (Page 22)

Figure 2 : Histogramme décrivant la répartition des notes des patients. (Page 24)

Figure 3 : Graphique décrivant les réponses des patients au questionnaire. (Page 26)

Figure 4 : Graphique représentant le nombre d'hommes et de femmes utilisant un préservatif en fonction de la nature du rapport. (Page 28)

Figure 5 : Graphique représentant le nombre d'homosexuels et d'hétérosexuels utilisant un préservatif en fonction de la nature du rapport. (Page 29)

Figure 6 : Diagramme représentant l'origine de l'information préventive. (Page 30)

Figure 7 : Diagrammes explicitant le niveau de connaissances des patients selon l'origine préventive. (Page 30)

Figure 8 : Graphique représentant le bénéfice d'une information préventive antérieure sur le niveau de connaissances. (Page 31)

1. INTRODUCTION

1.1. Situation actuelle

Trente ans après les premiers diagnostics d'infection, le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) menace toujours les hommes et les femmes, quels que soient leur âge, leur orientation sexuelle, leur identité de genre ou leurs origines géographiques.

Le rapport 2013 de l'ONUSIDA fait état de 35,3 millions de personnes vivant en 2012 avec le VIH dans le monde : 2,3 millions de personnes nouvellement infectées par le virus et 1,6 million de personnes sont décédées de maladies liées au Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise (SIDA) [1].

L'origine de ce virus continue de faire polémique, les croyances et représentations le concernant étant multiples et variées. Certains pensent que ce virus serait dû à des manipulations scientifiques dans les laboratoires, et qu'il pourrait être un moyen utilisé délibérément pour réduire la démographie mondiale galopante, une idée répandue dans certains pays en développement. Il est aussi sujet à dérision. On peut entendre souvent que le « SIDA » voudrait dire : « Syndrome Imaginaire pour Décourager les Amoureux ». Dans les communautés africaines subsahariennes, on entend encore que le SIDA serait un mauvais sort jeté par quelqu'un et cela, malgré tous les discours sur les modes scientifiquement connus de transmission [2].

Peut-être est-ce d'ailleurs pour cette raison que les discours sur la prévention peinent à être acceptés. Les idées reçues sur des modes de transmission imaginaires contribuent davantage à isoler les personnes séropositives, alors même que la science a fait d'énormes progrès sur la prise en charge, depuis la découverte du VIH en 1983.

En France, 150 000 personnes vivent avec le VIH et 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité en 2012.

17,5 personnes découvrent leur séropositivité chaque jour en France et 50 000 personnes seraient porteuses du virus du SIDA sans le savoir [3].

Le VIH / SIDA est devenu une maladie chronique avec laquelle la personne vit et vieillit. Pourtant, les conduites à risque, les inégalités dans l'accès aux soins, la méconnaissance sur l'infection au VIH et les discriminations vis-à-vis des personnes touchées se développent. Le contrôle de l'infection par le VIH constitue un enjeu de santé publique.

1.2. Prévention

La prévention du VIH en France découle de différents acteurs :

- Les campagnes de prévention publicitaire.

Le 20 octobre 2014, une nouvelle campagne fit jour « pas de préservatif, pas de sexe ». C'est le slogan de la nouvelle campagne de l'association AIDES, de lutte contre le SIDA. Une campagne qui joue la carte de l'humour. L'association AIDES souhaite rappeler l'importance de se protéger lorsque l'on ne connaît pas le « statut » de son partenaire. Et cela, que l'on soit homosexuel, hétérosexuel, jeune ou plus âgés. Dans quatre spots, l'association, qui avait fait lever le tabou entourant le préservatif à la fin des années 80, distille son message avec humour et un brin d'absurdité. Faute d'outils appropriés, nus, trois couples et un trio, se réfugient vers l'écosage de petits pois, le puzzle, le tricot ou l'enfilage de perles [4].

- Les médecins généralistes.

Dans son étude « Prévention du VIH, connaissances et attitudes des médecins généralistes », réalisée en 2011, le Docteur Camille Letiers questionne 239 médecins généralistes d'Isère et de Savoie.

66% des médecins répondants estiment ne pas faire suffisamment de prévention primaire [5].

Les principales raisons évoquées sont :

- La préférence du médecin d'attendre que les patients abordent eux-mêmes le sujet (23% des médecins interrogés).
- Le manque de temps (29%).
- Une patientèle jugée réfractaire à parler de sexualité par le médecin traitant (14%).
- La difficulté du médecin lui-même à aborder le sujet de la sexualité avec ses patients (14%).
- Le désintérêt pour la prévention du VIH (1%).

Une autre étude, de l'école de médecine de l'université de Duke, en Caroline du Nord, publiée dans la revue *JAMA Pediatric* le 30 décembre 2013, démontre que les médecins manquent une occasion importante de transmettre des informations sur le sexe et les comportements sexuels en n'abordant pas assez le sujet lors de leurs consultations [6].

Pour cette étude, les chercheurs ont enregistré de manière anonyme les conversations de 253 adolescents (âgés de 12 à 17 ans) et de leurs médecins, lors de leur check-up annuel dans 11 centres hospitaliers de Caroline du Nord.

On constate que les praticiens passent en moyenne 22,4 minutes avec chaque patient. Dans le cas où la sexualité est abordée (65 % des cas), la discussion sur le sujet est en moyenne de 36 secondes.

- Autres acteurs de la prévention : les Médias, les campagnes de sensibilisation au sein des établissements scolaires, etc.

1.3. Accident d'Exposition au risque Viral (AEV)

Le principal mode de transmission du VIH dans le monde est la transmission sexuelle.

Des nouvelles données permettent une évaluation plus précise du risque de transmission du VIH lors d'un rapport sexuel. La prise en charge des AEV sexuels doit donc s'intégrer dans une politique cohérente de prévention avec la prescription du Traitement Post-Exposition (TPE). Les AEV sexuels représentent une part importante des AEV aux urgences notamment en milieu urbain [7].

Lors de la consultation aux urgences, le médecin établit l'indication du traitement qui tient compte du bénéfice lié à la possibilité d'une réduction du risque de transmission du VIH et du risque d'effets indésirables graves liés au traitement. Ce traitement doit être débuté au mieux dans les 4 heures qui suivent l'accident d'exposition, au plus tard jusqu'à 48 heures.

Le kit trithérapie d'initiation de traitement comporte le plus souvent, en 1ère intention, l'association *Kaletra + Truvada* conformément au rapport YENI paru en 2010. Le Traitement Post Exposition est initialement prescrit pour 48 à 96 heures, le patient doit ensuite être vu par un médecin référent pour le VIH. La surveillance doit respecter la confidentialité à la fois pour la personne source et pour la personne exposée [8].

Les données actuelles sur le suivi des AEV aux urgences permettent de constater une augmentation du nombre des AEV sexuels. La meilleure connaissance du dispositif de prescription du TPE par la population générale est une explication, même si la connaissance du dispositif reste probablement modeste dans de nombreux contextes. Une augmentation des conduites ou des pratiques à risque peut également expliquer un recours plus important vers le dispositif d'accès au TPE en dernier recours. La prescription du TPE ne semble pas modifier le comportement des personnes à risque et le TPE leur offre une vraie possibilité de prévention intégrée dans une politique cohérente de réduction des risques [7].

1.4. Service d'Accueil des Urgences (SAU)

Le nombre de consultations annuelles en France, pour AEV sexuel est estimé entre 15 000 et 20 000. Une augmentation de 850 % sur 10 ans a été rapportée. Dans certaines séries, les viols représentent 50 % des prescriptions de TPE ce qui confère un rôle certain aux urgences médico-judiciaires. Les AEV sexuels sont globalement en milieu urbain compris entre 50 % et 70 % des consultations pour accident d'exposition au sang ou d'origine sexuelle. Ces accidents, survenant la nuit et le week-end sont plus fréquemment vus dans les services d'urgences. Peu de données sont disponibles concernant la typologie des patients consultant pour des AEV sexuels dans les services d'urgences. Nous pouvons estimer que 20 % à 60 % des consultations sont liées à des rapports homosexuels. En général, la personne source est non connue et son statut vis-à-vis du VIH est considéré comme indéterminé. Le pourcentage de patients traités par un TPE suite à un AEV sexuel varie entre 50 % et 84 % [7].

1.5. Connaissances de la population sur le sujet

Dans le domaine de la connaissance, des croyances, de la perception et des comportements de la population à l'égard du VIH et des personnes séropositives, l'Observatoire Régional de Santé d'île de France (ORS) a mis en place dès 1987 une grande enquête dite KABP [9]. Celle-ci, répétée à intervalles réguliers (en 1992, 1994, 1998, 2001, 2004, 2010, 2012), puis étendue au niveau national, a permis un suivi de l'impact des politiques publiques à l'égard du VIH, ainsi que d'éclairer et d'adapter les stratégies de prévention à l'égard de cette maladie.

L'enquête KABP réalisée en 2010, révèle une connaissance limitée des modes de transmission du VIH et de protection chez les jeunes, moins nombreux également à connaître dans leur entourage une personne vivant avec le VIH [10].

Ainsi, si globalement depuis 1994, plus de 99 % des répondants savent que le VIH se transmet lors de rapports sexuels, 24,3 % des Français pensent que la transmission peut se faire par une piqûre de moustique. C'est 10 % de plus qu'en 1994.

Le score de connaissance des modes de transmission est en moyenne plus faible en 2010 qu'en 1994 et la plus grande méconnaissance revient aux jeunes âgés de 18 à 30 ans. Face à la banalisation de la maladie dans la population générale, l'infection au VIH apparaît comme un risque de plus en plus éloigné des préoccupations, en particulier chez les 18 - 30 ans.

Le préservatif est perçu comme moins efficace et son lien avec les enjeux préventifs moins net. Enfin, si 94 % des Français reconnaissent le préservatif comme un moyen efficace pour se protéger, le VIH n'apparaît plus aujourd'hui comme l'enjeu principal des comportements de prévention, et si le préservatif est toujours utilisé lors des premiers rapports sexuels, il l'est moins en revanche lors des suivants.

En effet, les données comportementales montrent que l'utilisation systématique du préservatif reste insuffisante. Les jeunes âgés entre 18 et 30 ans, ont débuté leur vie sexuelle après l'arrivée en 1996 des ARV, dans un contexte épidémiologique et social du SIDA différent de celui de leurs aînés. Or, leur niveau de connaissance continue de baisser depuis 1998, alors qu'il augmente parmi les personnes dans la tranche d'âge 45 - 54 ans. Ces jeunes sont même pour la première fois en 2010, ceux qui maîtrisent le moins bien les mécanismes de transmission et sont de moins en moins nombreux à connaître un proche séropositif.

Une banalisation du VIH et un relâchement des comportements appellent un renforcement des stratégies de communication et de prévention, ainsi qu'à l'accès au dépistage et au diagnostic précoce. En effet, les dernières données épidémiologiques font état d'une épidémie toujours active en France.

1.6. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était d'évaluer le niveau de connaissances des patients sur le VIH se présentant pour AEV sexuel aux SAU.

Les objectifs secondaires étaient :

- comprendre les mécanismes préventifs mis en place par les patients,
- élaborer une stratégie de prévention qui tienne compte des représentations et modes de vie des patients.

2. MATERIEL ET METHODES

Nous avons mené une étude prospective, observationnelle et multicentrique.

2.1. Environnement de l'étude

L'étude s'est déroulée au sein des urgences des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) de Bordeaux et de Poitiers.

Le service des urgences de Bordeaux accueille environ 55 000 personnes chaque année.

Il reçoit en moyenne 150 passages par jour avec un recrutement général (urgences médicales et chirurgicales), hormis la gynécologie et la pédiatrie (âge inférieur à 183 mois).

Le service est divisé en deux parties. Dans la partie « Service des Urgences Adultes » proprement dite, l'équipe médicale se compose de 19 médecins seniors et 12 internes. Parmi les 17 salles de consultation, 3 sont plus particulièrement dédiées à la traumatologie, et 4 dédiées à des consultations « de médecine générale » accueillant des patients traités en ambulatoire, incluant 1 salle de consultation ophtalmologique et 1 salle de consultation ORL. Une « salle d'accueil » permet d'examiner des malades allongés en cas d'afflux massif. Une salle d'observation est disponible permettant de recevoir jusqu'à 19 patients en unité d'hospitalisation de courte durée. L'équipe paramédicale comprend 81 infirmiers diplômés d'état et 53 aides-soignants, communs à l'ensemble du service.

Le SAU (Service d'Accueil des Urgences) de Poitiers accueille environ 40 000 personnes chaque année. Il reçoit en moyenne 110 passages par jour avec un recrutement général, hormis la gynécologie et la pédiatrie. L'équipe médicale se compose de 22 médecins seniors et 10 internes. L'équipe paramédicale comporte 39 infirmiers diplômés d'état et 30 aides-soignants. Le service comprend 17 salles de consultations, dont 7 sont plus particulièrement dédiées à la traumatologie. La salle d'Accueil des Urgences Vitales se compose de 4 box de consultation. Sont disponibles également 16 lits d'hospitalisation de courte durée ainsi que 4 salles de consultation pour l'afflux ambulatoire.

L'étude se réalise en partenariat avec le service de maladies infectieuses du CHU de Poitiers, dont l'unité de consultation ambulatoire (le Centre d'Information de Dépistage Anonyme et Gratuit) constitue le circuit privilégié pour le suivi de ces patients.

2.2. Population d'étude

2.2.1. Critères d'inclusion

Tout patient se présentant aux urgences adultes des CHU de Bordeaux et de Poitiers pour un AEV sexuel dans la période du 1^{er} janvier au 31 juillet 2014.

2.2.2. Critères de non-inclusion

Allégation de Viol ou d'agression sexuelle.

2.2.3. Critères d'exclusion

- Tout patient n'ayant pu être contacté dans les 10 jours qui suivent sa venue aux urgences (entre le 1^{er} et le 31 janvier 2014).
- Tout questionnaire incomplet (sur la période du 1^{er} février au 31 juillet 2014).

2.3. Critères de jugement

2.3.1. Critère de jugement principal

Un score a été calculé afin d'évaluer le niveau de connaissances des patients sur le VIH.

Un score de 20 points a été constitué à partir de l'addition des bonnes réponses au questionnaire.

Nous avons établi 3 niveaux de connaissances :

- ⇒ niveau de connaissances certain si note supérieure ou égale à 18/20
- ⇒ niveau de connaissances moyen si note comprise entre 15 et 17/20
- ⇒ niveau de connaissances insuffisant si note inférieure ou égale à 14/20

2.3.2. Critères de jugement secondaires

- Prévalence des AEV aux urgences
- Prévalence de l'utilisation du préservatif
- Taux de patients ayant bénéficié d'une prévention antérieure

2.4. Déroulement de l'étude

A leur arrivée, les patients victimes d'AEV sexuel sont pris en charge par l'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences (IAO). Celle-ci recueille les renseignements administratifs du patient, l'oriente ensuite vers les box de consultation et lui remet le questionnaire. Toutes les explications sont données au patient quant au protocole d'étude et une fiche d'information écrite lui est remise. (Annexe 1)

Lors de la consultation, le médecin établit l'indication du traitement qui tient compte du bénéfice lié à la possibilité d'une réduction du risque de transmission du VIH et du risque d'effets indésirables graves liés au traitement. Ce traitement est débuté au mieux dans les 4 heures qui suivent l'accident d'exposition, au plus tard jusqu'à 48 heures.

Si le médecin établit l'indication, il prescrit le kit trithérapie *Kaletra + Truvada*, pour une durée de 72 heures. Le numéro de téléphone du secrétariat de maladies infectieuses est ensuite remis au patient afin qu'il prenne un rendez-vous de consultation, dans les 3 jours, avec un médecin référent.

Le nombre d'inclusions prévu initialement était de 50 patients. La durée envisagée de l'étude était de 3 mois, en tenant compte de la prévalence du motif de consultation pour AEV sexuel dans les services des urgences de Bordeaux et de Poitiers.

Hors au cours de ces 3 premiers mois, aucune inclusion n'a été enregistrée dans le service des urgences de Poitiers.

L'étude a été prolongée de 4 mois supplémentaires afin de se rapprocher au mieux du nombre d'inclusions prévu initialement.

Par ailleurs, lors du premier mois de l'étude, il y eut un échec de recueil de données. La méthode consistait à contacter les patients par téléphone, dans les dix jours qui suivent leur venue aux urgences afin qu'ils répondent à la fiche de recueil. Aucun patient n'a répondu aux appels téléphoniques malgré les 3 tentatives.

Devant cet échec, la méthode de recueil a été modifiée. Le même questionnaire a été utilisé, mais cette fois sous forme papier. Il était directement remis en mains propres par l'IAO au patient lors de son admission.

2.5. Recueil des données

Un questionnaire a été élaboré, décliné en 3 parties (Annexe 2) :

La première partie permettait d'identifier les patients selon leur identité de genre, leur âge, leur orientation sexuelle et leur niveau d'étude.

Pour ce faire, cinq classes d'âge ont été créées :

- mineur
- 18 - 30 ans
- 31 - 44 ans
- 45 - 54 ans
- > 54 ans

Elles correspondent respectivement :

- aux jeunes adultes (< 30 ans) entrés dans la sexualité après l'arrivée des traitements antirétroviraux,
- aux personnes entrées dans la sexualité avec l'apparition du Sida (les 31 – 44 ans)
- aux personnes entrées dans la sexualité avant l'épidémie (> 45 ans).

Quatre niveaux d'études ont aussi été réalisés conformément à la classification des diplômes en France :

- Niveau I et II : niveau d'étude supérieur à Bac +2.
- Niveau III : niveau d'étude équivalent au Bac +2.
- Niveau IV : niveau d'étude équivalent au Baccalauréat.
- Niveau V : niveau d'étude équivalent au BEP (*Brevet d'études professionnelles*), CAP (*Certificat d'aptitude professionnelle*).

Cette première partie permet également de connaître l'heure et la date des venues aux urgences, ainsi que les antécédents de rapport à risque des patients. Il leur était aussi demandé le type de rapport sexuel qu'ils avaient eu et l'utilisation ou non d'un préservatif.

La deuxième partie élabore le degré de connaissances des patients selon trois items :

le dépistage, la transmission et le traitement.

Le niveau de connaissances des patients est calculé sur la base de 20 questions.

L'addition des bonnes réponses fait valoir une note sur 20 points.

⇒ Le **dépistage** sur 5 points en additionnant les bonnes réponses des questions suivantes:

- Où peut-on faire un test de dépistage du SIDA ?
 - ✓ Dans un laboratoire (sans ordonnance mais payant)
 - ✓ Dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)
 - ✓ Dans une association de lutte contre le SIDA
 - ✓ A l'hôpital (ex : aux urgences)

- Un jeune mineur peut-il demander à faire un test du SIDA sans autorisation de ses parents ? Oui / Non

⇒ La **transmission** sur 9 points :

- Le VIH peut se transmettre :
 - En buvant dans le verre d'une personne contaminée
 - Dans des toilettes publiques
 - ✓ Lors d'un rapport bouche/sexe (fellation, cunnilingus)
 - Par une piqure de moustique

- Le VIH ne se transmet pas :
 - Si le garçon se retire avant d'éjaculer
 - Si vous pratiquez uniquement la sodomie, sans préservatif
 - Si la fille prend une pilule contraceptive
 - Si vous êtes vierges

- Existe-t-il un risque de contamination lors d'une grossesse, de la mère à l'enfant ? Oui / Non

⇒ Le **traitement** sur 6 points :

- Au bout de combien de jours après l'Accident d'exposition au Virus, est-on sûr de ne pas avoir été contaminé ?
 - au 1er jour
 - 30 jours
 - ✓ 45 jours

- Avec les derniers traitements contre le VIH :
 - Les personnes séropositives prennent un médicament de temps en temps si elles se sentent fatiguées
 - ✓ Les personnes séropositives qui ont commencé un traitement doivent le prendre à vie
 - Les effets indésirables n'existent plus
 - Les personnes séropositives peuvent maintenant guérir définitivement du sida

- Existe-t-il un traitement permettant de réduire la transmission du virus lorsque l'on vient de prendre un risque ? Oui / Non

La troisième partie du questionnaire était consacrée à la prévention :

- Ont-ils déjà bénéficié d'une information préventive (si oui, par qui et où) ?
- Souhaitent-ils un complément d'information ?
- Sont-ils favorables à une forme de « dépistage pour tous » ?

3. RESULTATS

3.1. Population d'étude

Du 1^{er} janvier 2014 au 31 juillet 2014, 55 patients ont été inclus.

13 patients ont été exclus par la suite :

⇒ 12 patients n'ont pas répondu à la consultation téléphonique pendant le premier mois de l'étude

⇒ 1 patient a rendu un questionnaire incomplet

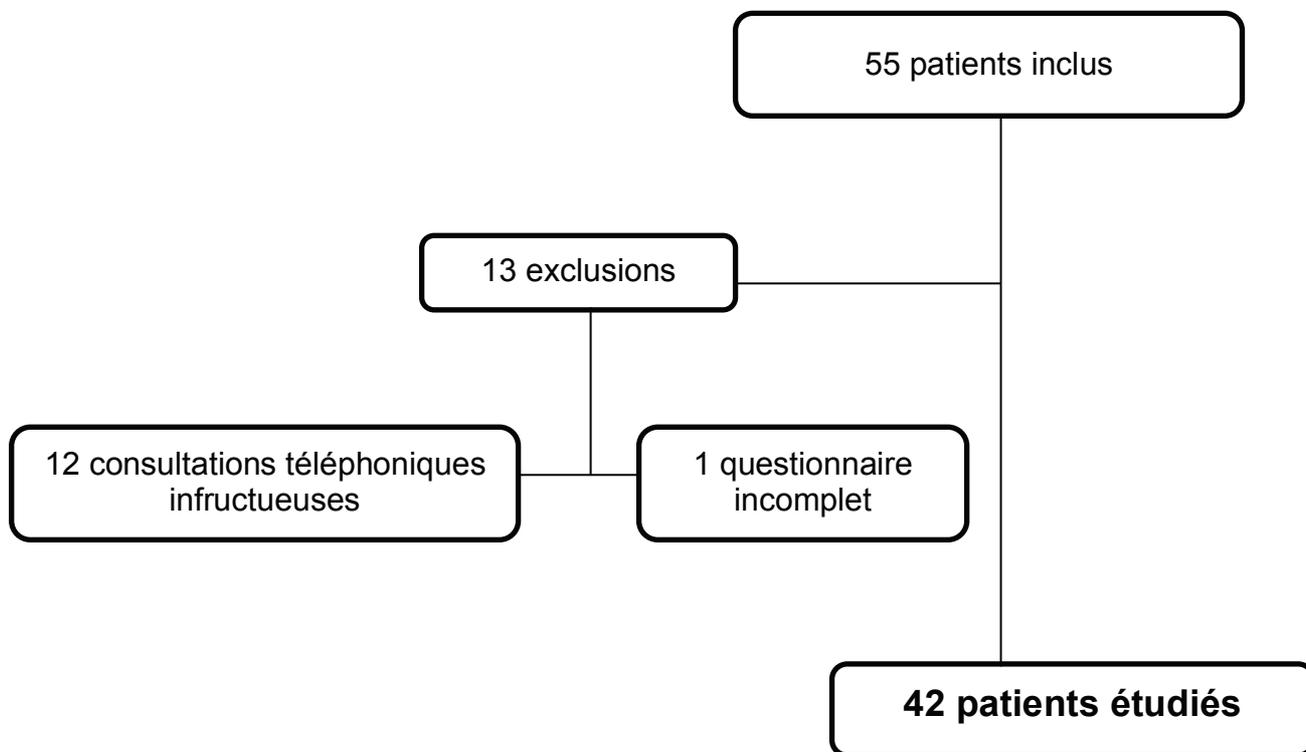


Figure 1 : Diagramme descriptif de la population étudiée.

Dans la population d'étude, on retrouve 13 femmes (31%) pour 29 hommes (69%) soit un sex-ratio de 2,2. Il y a 30 hétérosexuels (71%) et 12 homosexuels (29%, uniquement des hommes).

L'âge des patients est réparti comme suit :

- 1 mineur (15ans)
- 24 patients âgés de 18 à 30 ans
- 13 patients âgés de 31 à 44 ans
- 3 patients âgés de 45 à 54 ans
- 1 patient > 54 ans

Le niveau d'étude est réparti comme suit :

- 6 patients avec un niveau d'étude inférieur au Bac.
- 11 patients avec un niveau d'étude équivalent au Bac.
- 2 patients avec un niveau d'étude équivalent à Bac +2.
- 23 patients avec un niveau d'étude supérieur à Bac +2.

Dans notre population d'étude, 32 patients (76%) se sont présentés pour un premier rapport à risque versus 10 patients (24%) n'étant pas à leur premier AEV.

3.2. Niveau de connaissances des patients

3.2.1. Niveau de connaissances global

La répartition du niveau de connaissances des patients est :

- 25 patients ont des connaissances certaines (60%)
- 8 patients ont des connaissances moyennes (19%)
- 9 patients ont des connaissances insuffisantes (21%)

Nous avons analysé les résultats de notre questionnaire en fonction de l'âge des patients, répartis en 3 catégories (<30 ans, entre 31 et 44 ans, >45 ans), avec un test de Kruskal-Wallis. Il n'existait pas de différence significative entre les 3 groupes ($p=0,60$).

Nous avons analysé les résultats de notre questionnaire en fonction du niveau d'étude des patients, répartis en 4 groupes (< Bac, Bac, Bac +2, > Bac +2), avec un test de Kruskal-Wallis. Il n'existait pas de différence significative entre les 4 groupes ($p=0,37$).

3.2.2. Répartition des notes

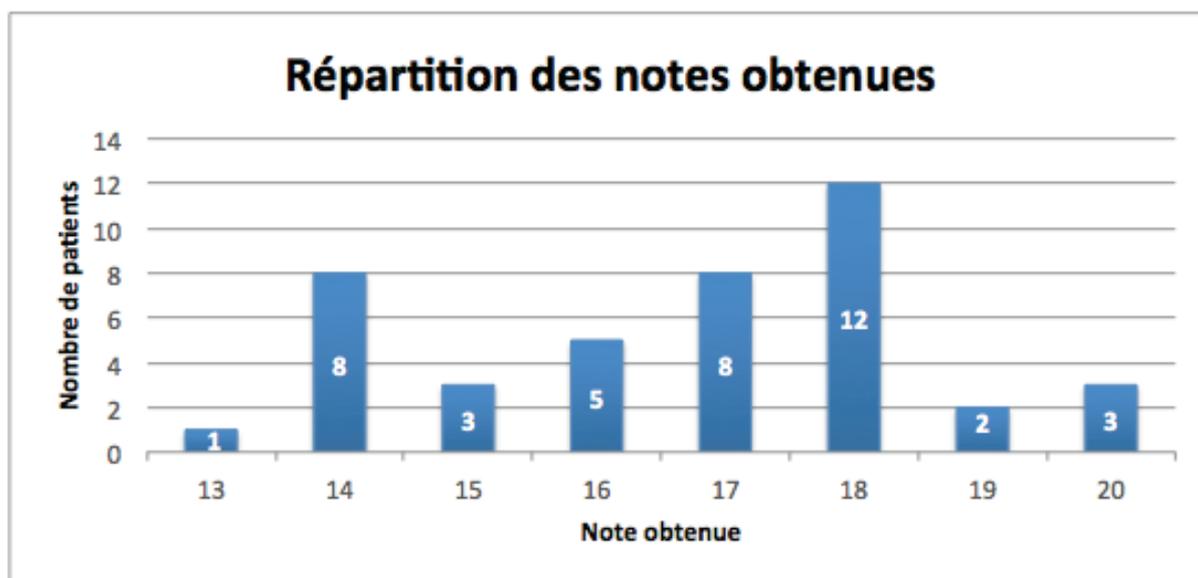


Figure 2 : histogramme décrivant la répartition des notes des patients.

La Médiane de la répartition des notes est de 17/20, avec le 1^{er} Quartile à 15/20 et le 3^e Quartile à 18/20.

En fonction des thématiques :

- Dépistage : la Médiane des notes est de 3/5 ; Q1=3/5 et Q3=4/5
- Transmission : la Médiane est de 8/9 ; Q1=8/9 et Q3=9/9
- Traitement : la Médiane est de 5/6 ; Q1=4,25/6 et Q3=6/6

3.2.3. Evaluation des réponses au questionnaire

Nous allons décrire ces résultats en trois parties :

Questions relatives au dépistage :

Nous pouvons lire que 33 patients (79%) ignorent qu'un dépistage est possible dans une association de lutte contre le sida.

14 patients (33%) ne savent pas que l'on peut se faire dépister dans un laboratoire et 10 patients (24%) méconnaissent le dépistage à l'hôpital.

En revanche, 36 patients (86%) connaissent le CIDAG et savent que l'on peut se faire dépister.

39 patients (93%) savent qu'un mineur peut se faire dépister sans autorisation parentale.

Questions relatives à la transmission du VIH :

Tous nos patients ont acquis le fait que le virus ne se transmet pas en allant aux toilettes publiques ou en buvant dans le verre d'une personne contaminée. Ils savent également que le VIH peut se transmettre malgré la prise de la pilule par la partenaire ou s'ils pratiquent la sodomie sans préservatif.

A contrario, 7 patients (17%) considèrent que le VIH peut se transmettre via une piqûre de moustique.

Egalement, 7 patients (17%) pensent que le VIH ne se transmet pas si le partenaire se retire avant l'éjaculation.

Enfin, 5 patients (12%) croient qu'il n'y a pas de transmission du VIH si les deux partenaires sont vierges et 5 autres patients (12%) conçoivent qu'il n'y a pas de risque de transmission de la mère à l'enfant.

Questions relatives au traitement :

Tous les patients admettent que le traitement du VIH est un traitement à vie.

2 patients envisagent que l'on peut guérir du SIDA et 4 patients s'imaginent que le traitement n'a pas d'effets secondaires.

19 patients estiment que le temps d'attente avant les résultats définitifs du dépistage est inférieur à 45 jours. Enfin 12 patients ignorent l'existence d'un traitement post exposition permettant de réduire les risques de transmission.

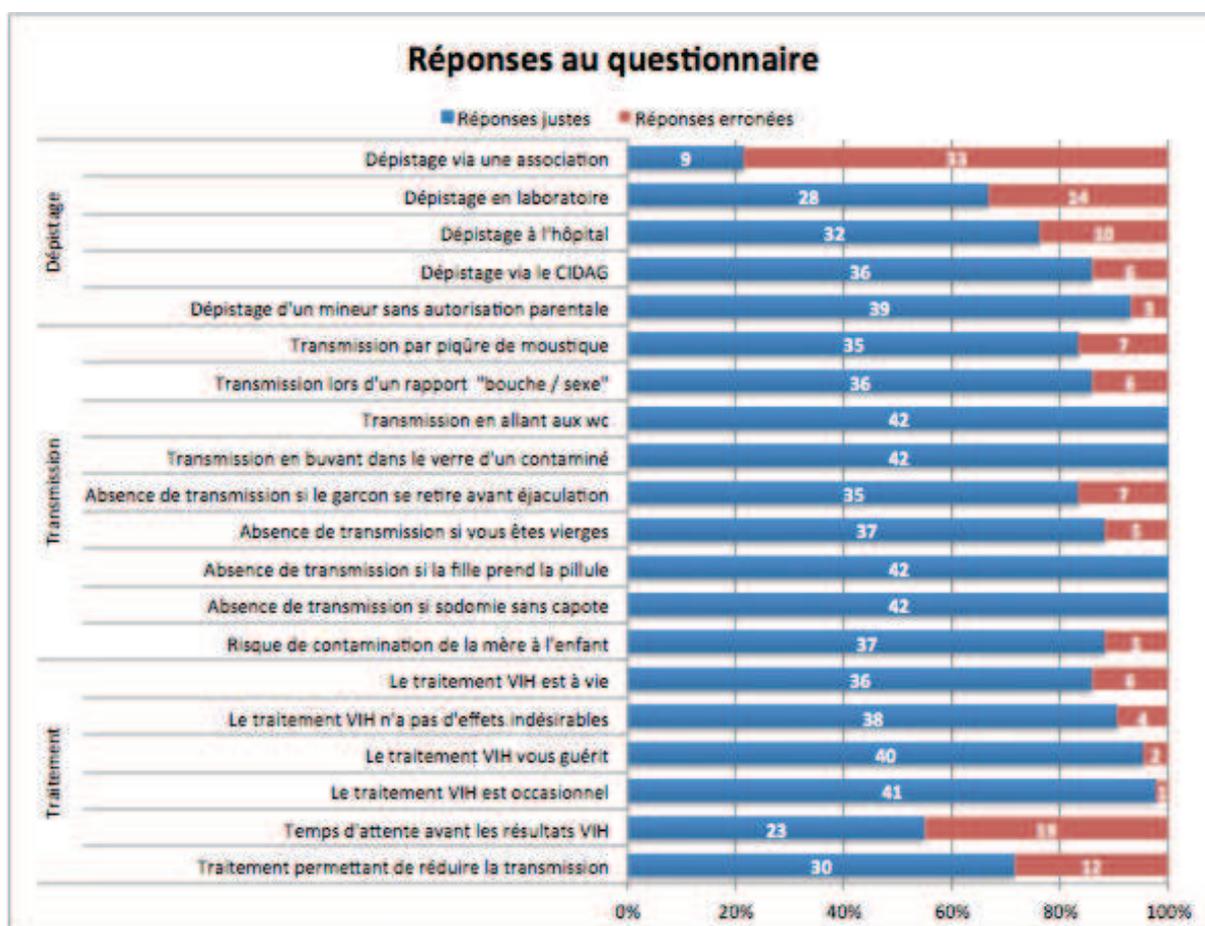


Figure 3 : graphique décrivant les réponses des patients au questionnaire.

3.3. Prévalence des AEV aux urgences

Au cours de l'étude, 17 patients se sont présentés aux heures ouvrables du lundi au vendredi, 8 patients sont venus au cours de la nuit et 17 patients ont consulté le week-end dont 4 patients la nuit. Soit une fréquence globale de 7 patients / mois.

3.4. Prévalence de l'utilisation du préservatif

20 patients (48%) n'ont pas utilisé de préservatif dont 7 femmes sur 12 (soit 54% de femmes) et 13 hommes sur 30 (soit 45% d'hommes).

18 patients hétérosexuels (soit 45% d'hétérosexuels) et 5 patients homosexuels (soit 54% d'entre eux) n'en ont pas utilisé.

- Selon l'orientation sexuelle

Sur les 12 patients consultants suite à une relation homosexuelle, 5 déclaraient avoir utilisé un préservatif (42%), contre 17 patients sur 30 (57%) dans le cadre d'une relation hétérosexuelle. Une analyse par un test du Chi-2 n'a pas prouvé de différence significative entre ces deux groupes ($p=0,40$).

- Par tranche d'âge

Pour les moins de 30 ans, 14 patients sur 25 (56%) déclaraient avoir utilisé un préservatif, contre 8 patient sur 17 (47%) pour les plus de 30 ans. Une analyse par un test du Chi-2 n'a pas mis en évidence de différence significative entre ces deux groupes ($p=0,45$).

- Par niveau d'étude

9 patients sur 17 (53%) avec un niveau équivalent ou inférieur au Bac, déclaraient avoir utilisé un préservatif, contre 13 patients sur 25 avec un niveau supérieur au Bac (52%). Une analyse par un test du Chi-2 n'a pas révélé de différence significative entre ces deux groupes ($p=0,95$).

3.4.1. Utilisation du préservatif et premier rapport à risque

Sur les 32 patients qui se sont présentés pour un premier rapport à risque (76%), 18 ont utilisé un préservatif soit 56%. En revanche sur les 10 patients n'étant pas à leur premier rapport à risque (24%), 4 d'entre eux ont utilisé de préservatif soit 40%.

3.4.2. Utilisation du préservatif et nature du rapport

Nous remarquons que selon la pratique sexuelle, la fréquence du port du préservatif varie. Les femmes n'utilisent pas de préservatif ni lors d'un rapport « bouche-sexe » ni lors d'un rapport « anal ».

En revanche, elles l'adoptent en majorité (67%) lors d'un rapport « vaginal ».

Les hommes le portent en majorité dans les rapports « bouche-sexe » (71%) et « vaginal » (82%). A contrario, lors d'un rapport « anal », le préservatif est absent avec 77% de non-port du préservatif.

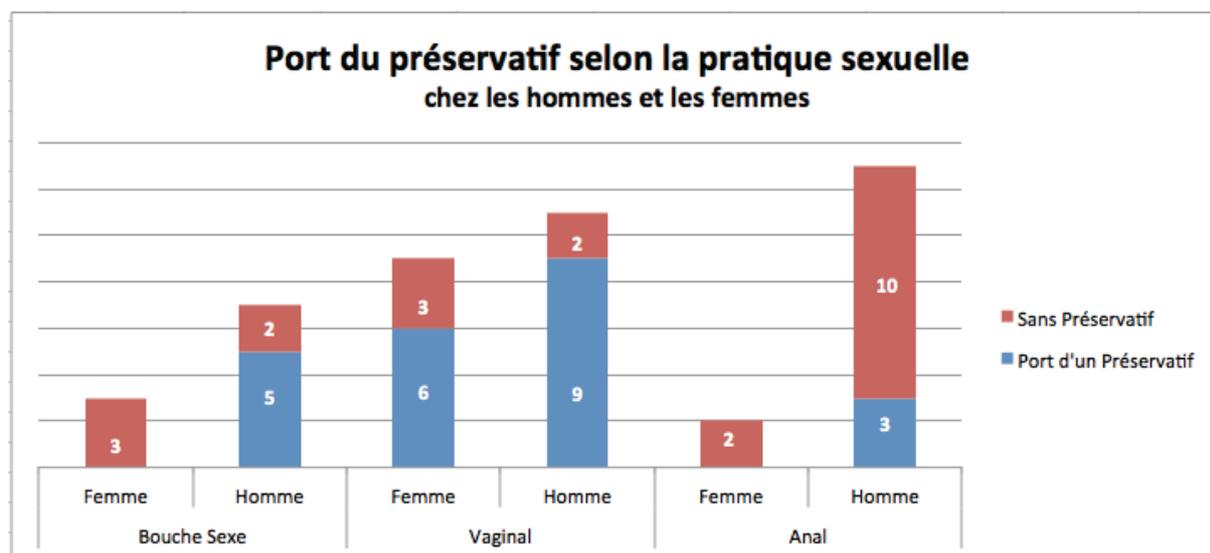


Figure 4 : graphique représentant le nombre d'hommes et de femmes utilisant un préservatif en fonction de la nature du rapport.

Lors d'un rapport « bouche-sexe » chez les hétérosexuels, 83% d'entre eux n'adoptent pas le préservatif a contrario des homosexuels, qui l'utilisent à chaque fois.

Lors d'un rapport « vaginal », les hétérosexuels se servent dans 75% des cas d'un préservatif.

Lors d'un rapport « anal », les hétérosexuels emploient le préservatif pour 29% d'entre eux, contre 13% chez les homosexuels.

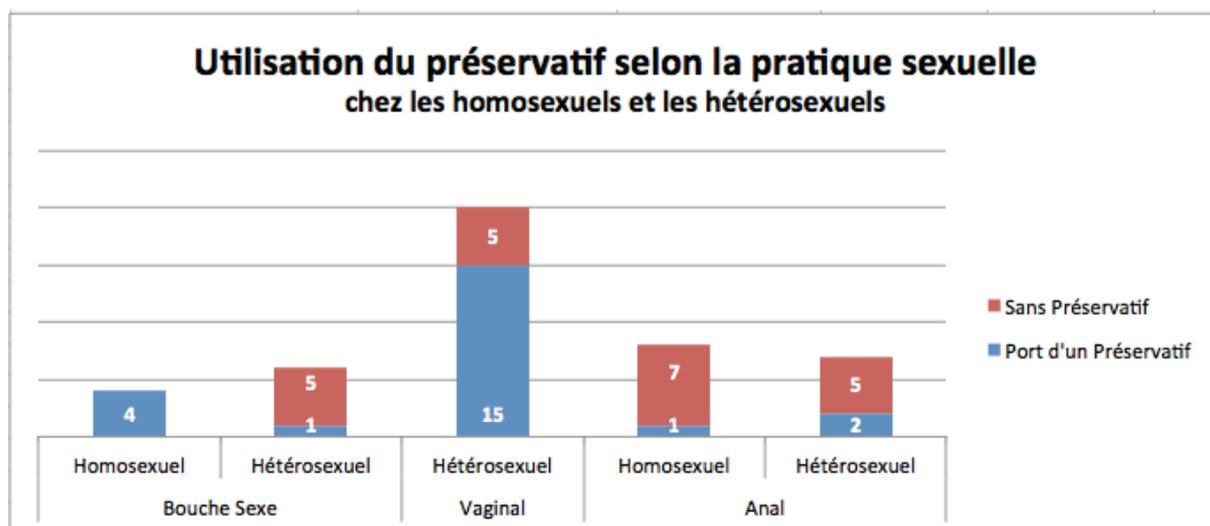


Figure 5 : graphique représentant le nombre d'homosexuels et d'hétérosexuels utilisant un préservatif en fonction de la nature du rapport.

3.5. Prévention, informations

Sur la population d'étude, 28 patients (67%) ont déjà bénéficié d'une information de prévention sur le VIH.

3.5.1. Origine de l'information préventive

Nous avons classé les résultats de l'origine de l'information préventive sous 4 items :

- les médias (presse, télévision, internet)
- les associations de lutte contre le VIH
- le médecin généraliste
- les établissements scolaires

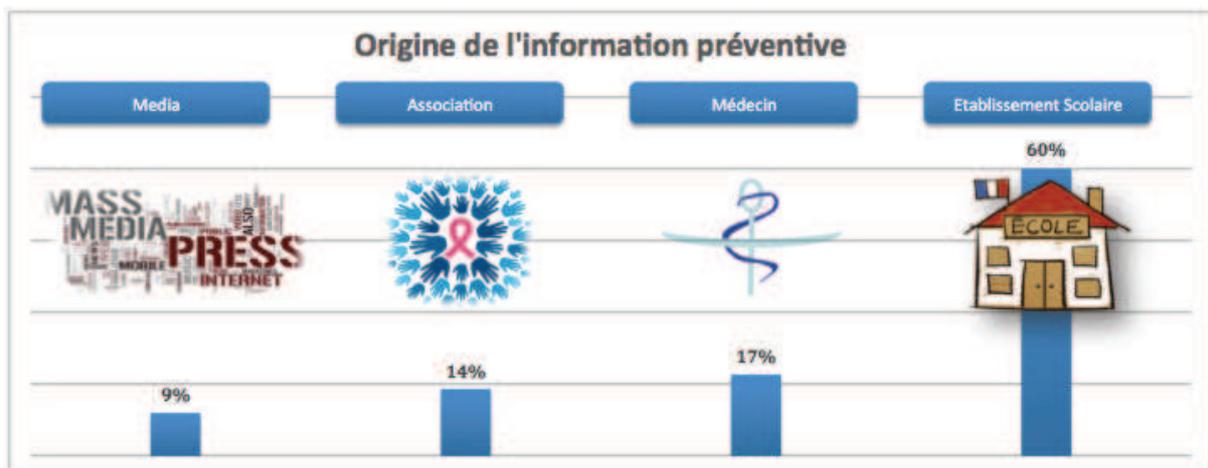


Figure 6 : diagramme représentant l'origine de l'information préventive.

Intéressons-nous maintenant, au niveau de connaissances des patients selon l'origine de l'information préventive.

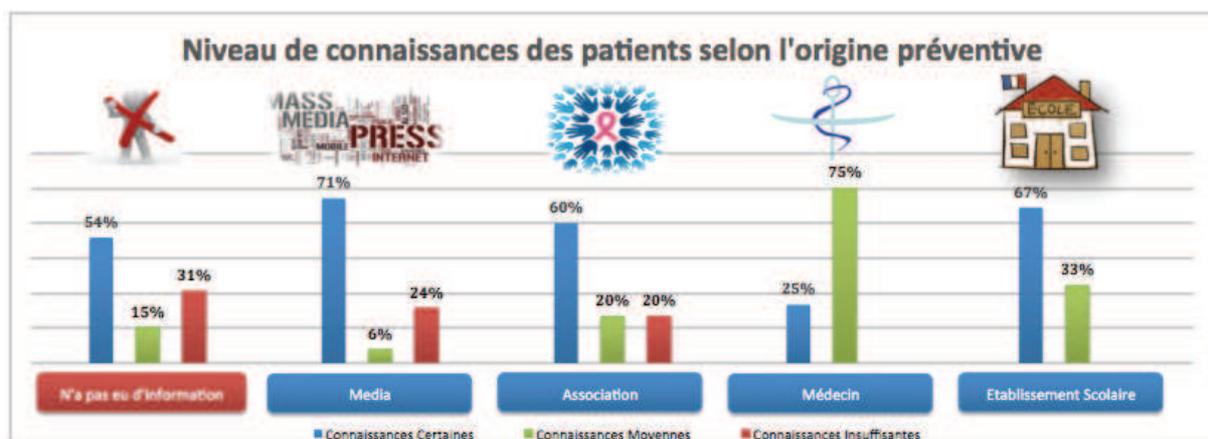


Figure 7 : diagrammes explicitant le niveau de connaissances des patients selon l'origine préventive.

3.5.2. Bénéfice d'une information antérieure sur le niveau de connaissances

Les patients qui ont bénéficié d'une information antérieure sur la prévention du VIH, sont 66% à avoir un niveau de connaissances certain contre 45% pour les patients n'en ayant pas bénéficié.

Que les patients aient ou non, eu une information préventive, aucun impact sur la population aux connaissances moyennes n'a été constaté.

A contrario, lorsque que les patients ont profité d'une campagne de prévention, le pourcentage de patients ayant un niveau de connaissances insuffisantes est moindre avec 17% contre 36%.

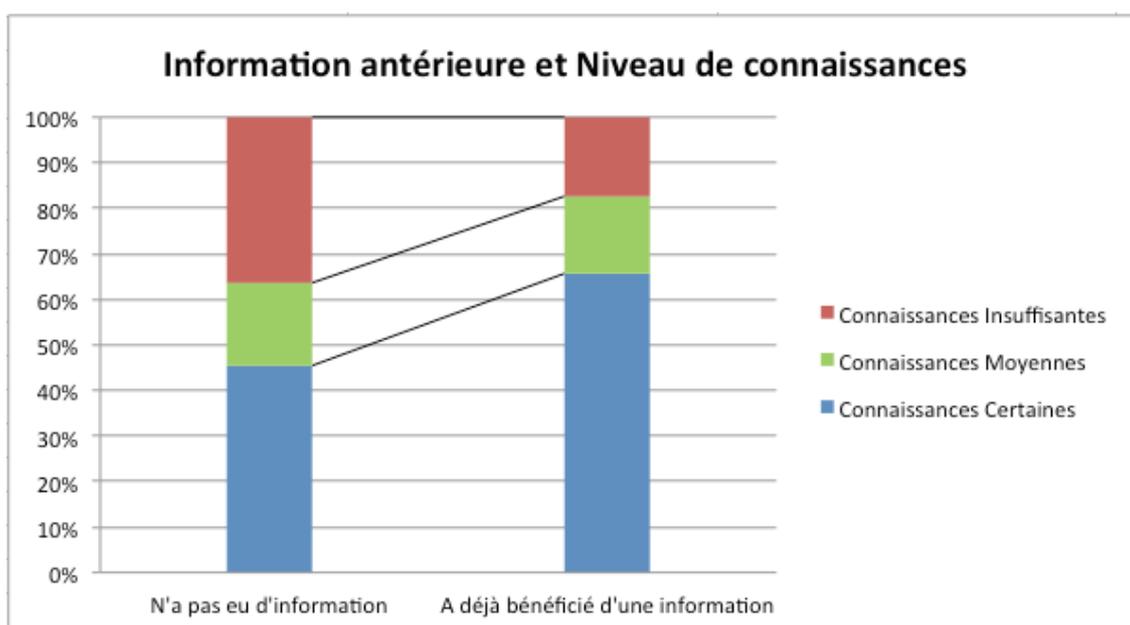


Figure 8 : graphique représentant le bénéfice d'une information préventive sur le niveau de connaissances.

3.5.3. Complément d'information

22 patients sur 40 (2 patients ne s'étant pas prononcés) soit 55% désirent un complément d'information, 18 d'entre eux ayant bénéficié d'une information antérieure.

Ces patients souhaitent un complément d'information sous forme :

- de brochure pour 5 patients
- d'entretien avec un médecin pour 3 patients
- les deux pour 12 patients
- autre : 2 patients ne se sont pas prononcés

3.6. « Le dépistage pour tous »

Au cours de cette étude, nous avons voulu connaître le pourcentage de la population qui accepterait une forme de « dépistage pour tous ».

Les résultats sont probants avec 81% des patients favorables.

4. DISCUSSION

4.1. Validité de l'étude

4.1.1. Les limites et les biais

L'étude que nous avons menée présente un certain nombre de limites. Tout d'abord, malgré une période d'étude de 7 mois, le nombre de patients inclus reste assez faible. Il apparaît que le nombre de cliniciens intervenants dans les Services d'Accueil et d'Urgences est extrêmement important. Malgré de fréquentes communications dans les services, il a notamment été difficile de sensibiliser les différents praticiens intervenant en période de garde, la nuit et le week-end, pour inclure des patients.

Cela s'est spécifiquement ressenti dans le service des urgences de Poitiers. Ne pouvant être sur place pour rappeler l'étude en cours, nous n'avons eu qu'une seule inclusion sur les six mois, qui a par ailleurs été exclue par la suite (questionnaire incomplet donc inexploitable) et nous n'avons également eu aucune inclusion dans le service de maladies infectieuses de Poitiers.

Autre point, la participation des patients à l'étude était sur la base du volontariat, il y a donc de ce fait un biais de sélection, certain.

Un autre biais de notre étude : nous ne pouvons discerner si un patient est venu une fois ou plusieurs fois, au cours de la période de recueil. En effet, nous avons omis de poser cette question.

Aussi, nous n'avons pas discerné l'heure de la prise de risque et l'heure de venue aux urgences. Nous n'avons pu étudier ce délai.

4.1.2. Les forces de l'étude

C'est la première étude de ce type. Elle s'approche au plus près des populations exposées (sujets avec des rapports à risque).

Le questionnaire était standardisé selon un protocole bien défini, les données recueillies n'étaient donc pas influencées par la présentation ou la forme des questions.

Il a été difficile d'établir des critères objectifs d'évaluation pour estimer le niveau de connaissances des patients. Malgré plusieurs études sur le sujet, il apparaît compliqué de standardiser un niveau de connaissances.

Nous nous sommes référés aux enquêtes dites KABP [10] (les enquêtes de connaissances, de perceptions et de comportements) ainsi qu'à plusieurs types de questionnaires validés, provenant d'associations de lutte contre le SIDA [10 – 11 – 12 – 13].

Nous avons étudié chacun des questionnaires et sélectionné les questions les plus pertinentes et les plus appropriées à notre population.

4.2. A propos des résultats

4.2.1. Population étudiée

Dans la population d'étude, on retrouve plus d'hommes que de femmes.

Doit-on considérer que les hommes prennent plus de risques, ou sont-ils plus sensibilisés lorsqu'un risque d'exposition au virus du Sida se présente ?

Ces hommes sont pour moitié homosexuels. Nous ne pouvons conclure que l'orientation sexuelle masculine influe sur ces chiffres.

Dans la population d'étude, il y a deux fois plus d'hétérosexuels que d'homosexuels. Cette différence s'explique par l'absence de lesbiennes dans la population étudiée.

Doit-on penser que les femmes hétérosexuelles prennent plus de risques que les lesbiennes ?

Ou *a contrario* que les lesbiennes estiment qu'elles prennent moins de risques ?

Plus de la moitié des patients de l'étude sont des jeunes âgés de 18 à 30 ans. Ce constat fait écho à l'enquête KABP de 2010 [10] qui expliquait que les jeunes étaient de plus en plus nombreux à prendre des risques.

Plus de la moitié de notre population a un niveau d'étude supérieur à Bac+2. Le lien positif entre le niveau de connaissance et le niveau de diplôme, vérifié depuis 1994 en France par l'enquête KABP, n'est pas confirmé au sein de notre échantillon.

Nous pouvons observer que l'AEV sexuel touche aussi bien les hommes, les femmes, les hétérosexuels, les homosexuels et cela à n'importe quel âge et tout niveau d'étude confondu.

Nous avons regardé de plus près les venues et profils de la population étudiée, et nous nous sommes rendus compte qu'aucun d'entre eux, n'étaient venus consulter en couple.

Les jours et horaires, ainsi que l'orientation sexuelle ne correspondent pas.

Les questions qui nous viennent alors :

- Les partenaires vont-ils se faire dépister ?
- Et si oui, à quel endroit ?
- Pourquoi ne viennent-ils pas ensemble ?
- Est-ce des relations officielles ou sans lendemain ?

4.2.2. Evaluation des connaissances

4.2.2.1. Niveau de connaissances global

Nous avons constaté que la majorité de notre population a des connaissances certaines et que ce fait ne diffère pas en fonction de l'âge ou du niveau d'étude des patients.

Pourquoi alors prennent-ils des risques, étant conscients des dangers encourus ?

4.2.2.2. Par thématique

La population d'étude a des connaissances certaines dans la transmission du virus du SIDA (M=8/9 ; Q1=8/9 et Q3=9/9) et dans le traitement (M=5/6 ; Q1=4,25/6 et Q3=6/6), mais qui sont moindres dans le domaine du dépistage (M=3/5 ; Q1= 3/5 et Q3=4/5). Ce constat semble équivoque.

Le dépistage

La plus grosse erreur de réponse constatée est l'ignorance des lieux de dépistage. En effet une majorité des patients ignorent trois lieux sur quatre où l'on peut se faire dépister.

Doit-on craindre une méconnaissance totale d'un dépistage possible pour le reste de la population ou vont-ils dans les autres sites se faire dépister ?

La transmission

La majorité des patients possède de bonnes connaissances dans ce domaine.

En revanche, 17% d'entre eux pensent que le VIH peut se transmettre par une piqûre de moustique. Par comparaison, l'étude KABP de 2010 indiquait que 24,3% des Français le pensaient.

Un autre groupe de patients n'excelle pas dans le domaine de la transmission en présumant que le VIH ne se transmet pas, s'il n'y a pas d'éjaculation. Cette certitude est plus inquiétante. Combien de patients ne viennent pas se faire dépister adhérant à cette idée ?

Le traitement

2 patients de notre étude envisagent que l'on peut guérir du Sida. Considérons cette erreur comme le miroir d'une utopie légitime.

Plus d'un tiers des patients ignore l'existence d'un TPE alors qu'ils se présentent aux urgences. Qu'attendent-ils de leur passage dans nos services ? Un besoin d'être rassuré, une écoute ?

4.2.3. Prévalence des AEV aux urgences

La fréquence des AEV sexuels au cours de notre étude est de 1,7 patient par semaine.

Nous avons constaté que la majorité des patients se présentait en journée. Nous aurions pu croire le contraire (plus d'AEV sexuels la nuit, assimilés aux désinhibitions, à la prise de risque, à l'alcool...). Nous devons nous interroger sur le délai entre la prise de risque et la venue aux urgences, afin de mieux identifier les périodes à risque. Nous avons également plus d'AEV le week-end et nous pensons que ces chiffres sont sous évalués (les périodes de garde étant moins propices aux études en cours dans les services).

4.2.4. Prévalence de l'utilisation du préservatif

Nous avons fait le constat que les femmes sont plus nombreuses à ne pas utiliser de préservatif. Prennent-elles plus de risques ou sont-elles plus nombreuses à se présenter aux urgences, par inquiétude quant à la transmission du virus ?

Nous avons démontré qu'il n'y avait pas de différence significative entre le port du préservatif et l'orientation sexuelle. En revanche, nous avons observé que les homosexuels de notre cohorte, utilisaient tous un préservatif lors d'une fellation, mais seulement 13% d'entre eux lors d'un rapport anal.

Cette observation se vérifie-t-elle à grande échelle ?

Cette différence est-elle due à un inconfort lors du rapport anal ?

Devrions-nous repenser le préservatif pour ces types de rapport ?

Lors de l'interprétation des résultats, nous n'avons pu démontrer de relation entre l'âge des patients et le port du préservatif. Il en est de même pour le niveau d'étude.

4.2.5. Information préventive et complément d'information

Nous avons observé que les patients avaient un niveau de connaissances plus important quand ils avaient bénéficié d'une information préventive. Ces résultats mettent en évidence qu'il faut développer les campagnes d'information et de prévention.

Nous avons découvert que la majorité des patients ayant reçu l'information de leur médecin généraliste, avait un niveau de connaissances moyen.

Doit-on développer de nouvelles méthodes préventives auprès des médecins généralistes ?

4.2.6. « Dépistage pour tous »

La grande majorité de la population de l'étude est favorable à une forme de « dépistage pour tous ». En revanche, les polémiques sur ce sujet sont nombreuses [14].

Certains avancent des arguments en faveur de :

- réduire autant que possible la circulation du virus au sein de la population
- permettre aux personnes découvrant leur infection d'assumer leurs responsabilités vis-à-vis de leur(s) partenaire(s) sexuel(s)
- concourir à la protection du personnel soignant, vis-à-vis du risque d'exposition, en prenant les précautions nécessaires

Cependant l'argument qui prédomine et qui constitue un danger pour la société, est l'ignorance de la séropositivité. Une personne infectée qui l'ignore peut en effet transmettre le virus, pendant des années, sans le savoir. Le dépistage obligatoire aiderait à contenir l'épidémie en responsabilisant les personnes infectées ainsi conscientes de leur statut.

En France, nous disposons de moyens pour réaliser ce dépistage :

- au sein des services de santé
- auprès des médecins généralistes
- au travers des réseaux des CIDAG des secteurs hospitaliers

Le coût engagé via les Tests de Diagnostics Rapides (TDR) serait *a priori* moindre par rapport au coût global engagé chaque année pour endiguer la maladie.

D'autres développent des arguments en défaveur :

- la société n'est pas favorable aux mesures obligatoires en matière de santé
- le principe est de proposer de façon systématique, mais pas d'imposer
- ceci est contraire aux recommandations internationales en matière de droits
- le danger est de stigmatiser les populations à risque
- la difficulté est de proposer un rythme à ce dépistage systématique (les 45 jours de latence)
- l'utilisation des résultats risque de créer un problème de confidentialité
- le suivi proposé ensuite est incertain

4.3. Perspectives d'avenir

4.3.1. Améliorer le niveau de connaissances de la population

Nous avons observé au cours de l'étude que 40% des patients n'avaient pas de connaissances certaines sur le VIH. En revanche, la répartition des notes nous rassure quant à la connaissance générale des patients (M=17/20 ; Q1=15/20 et Q3=18/20). Nous avons établi que ni l'âge ni le niveau d'étude influent sur les connaissances des patients. Afin que la prévalence des AEV diminue, nous devons intensifier les campagnes préventives pour augmenter le niveau de connaissances de la population.

4.3.2. Valoriser le préservatif sous toutes ses formes

Nous avons établi que la prévalence du préservatif ne variait pas en fonction de l'orientation sexuelle, de l'âge ou du niveau d'étude du patient. Il faut revaloriser le préservatif, réitérer son effet protecteur contre la transmission du virus. Nous avons découvert à travers nos différentes recherches en amont de l'étude, que les patients avaient une confiance moindre sur l'efficacité du préservatif pour se protéger du VIH [10].

⇒ Contrer cette idée fautive par une information préventive via les médias, les associations, les établissements scolaires et les médecins généralistes.

Rappeler aux femmes homosexuelles qui ne consultent pas aux SAU, que le VIH peut se transmettre lors d'un rapport « bouche-sexe » et lors d'échange de sextoys [15].

⇒ Evoquer les carrés de latex, les préservatifs pour les sextoys, etc.

⇒ Renforcer l'information et écarter les tabous.

Nous avons aussi remarqué que le préservatif n'était que très peu utilisé lors des rapports « anaux ».

⇒ Réexpliquer à la population les principes mêmes de la transmission du VIH (sang, sperme, glaire vaginale) via des illustrations, des brochures d'information. (Annexe 3)

4.3.3. Acteurs de l'information préventive

Nous avons appris que le niveau de connaissances des patients était certain lorsque l'information émanait des médias, des établissements scolaires et des associations.

En revanche, nous avons remarqué que le niveau de connaissances était meilleur pour les patients qui n'avaient pas bénéficié d'information préventive par rapport aux patients qui avaient bénéficié d'une information par un médecin généraliste.

Nous devons renforcer la prévention auprès des médecins généralistes. Pour rappel, nous avons pu lire au début de l'étude qu'un médecin sur deux, avait des difficultés à évoquer le VIH pendant ces consultations. Nous avons constaté que les patients de l'étude souhaitaient en majorité un complément d'information sous forme d'une consultation orale avec un médecin, accompagnée d'une brochure.

Il nous est donc paru intéressant de mettre à disposition des médecins généralistes un outil pour les aider à promouvoir la prévention du VIH. Pour ce faire, nous proposons une brochure d'information réalisée par le COREVIH (comité de coordination régionale de lutte contre le VIH) Arc Alpin. (Annexe 4)

Des études ont montré l'impact positif des fiches d'information destinées aux patients (FIP) en complément d'une information orale [17]. Ces FIP améliorent la qualité des soins et facilitent la relation médecin-malade. Elles favorisent l'adhésion du malade au traitement et au discours du médecin tout en favorisant sa satisfaction. Elles aident les médecins dans leur démarche préventive et éducative.

4.3.4. « Dépistage pour tous » ?

Un dépistage de masse, moins coûteux et plus largement utilisé par les médecins de terrain, serait une solution alternative supplémentaire à considérer. Sur un plan financier, le coût d'un test rapide est minimal par rapport aux tests classiques utilisés couramment en laboratoire (Elisa). Le bénéfice santé publique/coût pour l'assurance maladie semble être un élément à prendre en compte.

La mise en place des tests de dépistage rapide à grande échelle pourrait être organisée sans difficulté, auprès des médecins de ville qui le souhaitent (par exemple dans les réseaux ville-hôpital), avec une formation très courte [16].

4.3.5. Un avenir prometteur

Le 4 novembre 2014, une équipe de chercheurs français de l'Inserm de Créteil et de l'Inserm-Université d'Aix-Marseille et des hôpitaux de Marseille [17] a découvert que l'homme serait capable de guérir du VIH en l'intégrant à ses propres gènes. La guérison spontanée apparente de deux hommes infectés par le virus du sida, dont l'un depuis 30 ans, serait due à l'intégration d'un rétrovirus dégradé et neutralisé dans leur ADN.

Pour expliquer cette désactivation du virus, les chercheurs désignent *ApoBec*, une enzyme qui permet d'ordinaire aux hommes de lutter contre les virus, mais qui est justement neutralisée par une protéine du VIH. Une enzyme dont, en août 2014, des chercheurs de l'université de Nashville, aux États-Unis ont montré qu'elle pouvait être "stimulée" et retrouver ainsi ses capacités offensives.

D'où l'immense espoir ouvert par la recherche sur l'intégration du rétrovirus désactivé : elle pourrait, grâce à la stimulation de l'*ApoBec*, aider à guérir les malades du sida, mais aussi permettre de détecter, chez les patients nouvellement infectés, ceux qui ont une chance de guérir spontanément, sans recourir à l'arsenal des trithérapies...

5. CONCLUSION

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les connaissances des patients sur le VIH se présentant aux urgences pour AEV sexuel. Nous avons pu montrer que les patients avaient en majorité un niveau de connaissances certain mais qu'ils étaient encore trop nombreux à prendre des risques.

Notre étude montre qu'il faut accentuer la prévention afin de :

- amplifier les campagnes d'information
- réaffirmer l'efficacité du port du préservatif
- intensifier le dépistage
- sensibiliser davantage les médecins généralistes

Ainsi, tous ces moyens mis en place permettront de lutter plus efficacement contre le VIH/SIDA. Cela ne veut pas dire que l'on assistera à une réduction des risques ou que le nombre de personnes vivant avec le VIH diminuera mais nous aurons une prévention optimale.

Par ailleurs, le manque d'étude sur ce type de population reste une lacune. Notre étude se propose ainsi d'être une base à la réalisation d'études cliniques ultérieures visant à améliorer notre stratégie d'information et de prévention.

LISTE DES ABREVIATIONS

AEV : Accident d'Exposition au risque Viral

CIDAG : Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

FIP : Fiche d'Information destinée aux Patients

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis

TDR : Test de Diagnostic Rapide

TPE : Traitement Post-Exposition

TROD : Test Rapide à Orientation Diagnostique

VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine

BIBLIOGRAPHIE

1. ONUSIDA 2013, le sida en chiffres – UNAids, 2013.
2. N. Hof, Le SIDA, des origines à aujourd'hui - RTS découverte, 2011.
3. C. Prolongeau, InVS et Sidaction, - Le Nouvel Observateur, avril 2014.
4. #NoSex – « pas de préservatif, pas de sexe ». AIDES, 20 octobre 2014.
5. C. Letiers, « Prévention du VIH, connaissances et attitudes des médecins généralistes », octobre 2011.
6. Sexuality Talk During Adolescent Health Maintenance Visits - Revue JAMA Pediatrics, 30 décembre 2013.
7. Prise en charge chez l'adulte des AEV dans les services d'urgences- SFMU, 2011.
8. Yeni P, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH - Rapport d'experts 2010.
9. ORS île de France – Sida et infection VIH, 2010.
10. http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf, consulté le 20 décembre 2013
11. Quiz sur le VIH-SIDA/IST, AIDS Champagne-Ardenne, consulté le 20 décembre 2013.
12. Hospices Civils de Lyon ; « Education thérapeutique des patients VIH, Elaboration d'un questionnaire d'évaluation du patient ». Unité d'éducation thérapeutique VIH Hôpital Hôtel-Dieu.

13. Quiz - Journée mondiale de lutte contre le SIDA, 1er décembre 2013

14. Sida : « Le test ne doit pas être obligatoire, mais proposé de façon systématique » - Libération Société, 30 novembre 2010.

15. Cas rare de transmission du VIH entre 2 femmes - Sida info service, 17/03/2014.

16. Dépistage du VIH / SIDA, l'urgence au ralenti - Groupe SOS 30ans, septembre 2010.

17. Elaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale. M. Sustersic, A.Meneau, juillet 2009.

18. Le Virus du SIDA peut-il être neutralisé dans notre ADN ? - Le nouvel Observateur, 4 novembre 2014.

ANNEXE 1

FICHE INFORMATIVE A REMETTRE AUX PATIENTS

Madame, Monsieur,

Nous effectuons actuellement un **travail de recherche** sur les
Accidents d'exposition au Virus du Sida d'origine sexuelle.

Vous vous êtes présenté aux Urgences/CIDAG car vous pensez avoir pris un risque.
Vous allez être reçu par un de nos médecins afin d'évaluer ce risque.

Merci de nous accorder quelques minutes, afin de répondre au questionnaire joint.

Ce questionnaire est **ANONYME**.

Il va permettre à nos médecins, d'évaluer vos connaissances sur la transmission du VIH et les axes de prévention qu'il est nécessaire d'accentuer.

Ce travail ne remet en aucun cas, en cause la prise en charge reçue.

Médecin investigateur de l'étude,
Dr POIROT

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE PREVENTION VIH

Une étude évaluant les connaissances sur le VIH, des patients se présentant aux urgences pour un risque d'exposition d'origine sexuelle est actuellement en cours au sein du service.

Ce questionnaire est **ANONYME**. Il permettra à nos médecins d'avancer dans leurs recherches sur la transmission du VIH et sa prévention.

Merci de répondre aux questions suivantes :

Date :/...../..... Heure :h.....

PROFIL PATIENT

- 1) Sexe :
 - Masculin
 - Féminin

- 2) Age :
 - 18-30ans
 - 31-44ans
 - 45-54ans
 - >54ans

- 3) Niveau d'étude / dernier diplôme obtenu :
 - Equivalent au BEP/CAP
 - Baccalauréat
 - Equivalent à un niveau BAC+2
 - >Bac +2

- 4) Votre rapport sexuel était avec une personne :
 - Du même sexe
 - Du sexe opposé

- 5) Est-ce votre premier Accident d'exposition au virus, d'origine sexuelle ?
 - Oui
 - Non

- 6) Quelle était la nature de votre rapport, à l'origine de votre risque d'exposition ?
 - Cunnilingus, fellation
 - Rapport vaginal
 - Rapport anal

- 7) Utilisiez-vous un préservatif ?
 - Oui
 - Non

- 8) Vous-êtes-vous déjà fait dépister pour le VIH ?
- Oui
 - Non
- 9) Connaissez-vous votre statut sérologique ?
- Oui
 - Non
- 10) Si oui, quel est-il ?
- Séropositif (vous êtes porteur du VIH)
 - Séronégatif (vous n'avez pas contracté le VIH)

CONNAISSANCES DU PATIENT SUR LE VIH

- 11) Où peut-on faire un test de dépistage du SIDA ?
- Dans un laboratoire (sans ordonnance mais payant)
 - Dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)
 - Dans une association de lutte contre le SIDA
 - A l'hôpital (ex : aux urgences)
- 12) Un jeune mineur peut-il demander à faire un test du SIDA sans autorisation de ses parents ?
- Oui
 - Non
- 13) Au bout de combien de jours après l'Accident d'exposition au Virus, est-on sûr de ne pas avoir été contaminé ?
- au 1er jour
 - 30 jours
 - 45 jours
- 14) Le VIH peut se transmettre :
- En buvant dans le verre d'une personne contaminée
 - Dans des toilettes publiques
 - Lors d'un rapport bouche/sex (fellation, cunnilingus)
 - Par une piqûre de moustique
- 15) Le VIH ne se transmet pas :
- Si le garçon se retire avant d'éjaculer
 - Si vous pratiquez uniquement la sodomie, sans préservatif
 - Si la fille prend une pilule contraceptive
 - Si vous êtes vierges
- 16) Existe-t-il un risque de contamination lors d'une grossesse, de la mère à l'enfant ?
- Oui
 - Non

- 17) Avec les derniers traitements contre le VIH :
- Les personnes séropositives prennent un médicament de temps en temps si elles se sentent fatiguées
 - Les personnes séropositives qui ont commencé un traitement doivent le prendre à vie
 - Les effets indésirables n'existent plus
 - Les personnes séropositives peuvent maintenant guérir définitivement du sida
- 18) Existe-t-il un traitement permettant de réduire la transmission du virus lorsque l'on vient de prendre un risque ?
- Oui
 - Non
- 19) Le traitement post-exposition, pour être efficace, doit être pris :
- Dans les 48h
 - Au-delà
- 20) Seriez-vous favorable à un dépistage pour tous :
- Oui
 - Non

INFORMATION PREVENTIVE

- 21) Avez-vous déjà bénéficié d'informations sur le VIH, de campagnes de prévention ?
- Oui (où?par qui?.....)
 - Non
- 22) Souhaiteriez-vous un complément d'informations lors de votre passage aux urgences ?
- Oui
 - Sous forme d'une consultation avec un professionnel de santé afin d'échanger
 - Sous forme écrite par la remise d'une brochure d'information
 - Les deux
 - Non

Merci pour vos réponses et votre temps.

Fanny POIROT, Médecin Investigateur de l'étude

Si vous avez des questions relatives à ce travail de recherche ou souhaitez recevoir les résultats de l'étude, n'hésitez pas à me contacter via ce service. Je ne manquerai pas de vous répondre.

ANNEXE 3

EXEMPLES D'ILLUSTRATIONS POSSIBLES Risques de transmission du VIH par voies sexuelles

Les risques de transmission par voies sexuelles

pénétration vaginale et anale sans préservatif



risque de transmission (VIH) **risque faible de transmission** (VHC)

pénétration vaginale et anale avec préservatif



aucun risque de transmission

fellation sans préservatif



risque faible de transmission (VIH) **aucun risque de transmission** (VHC)

cunnilingus sans carré de latex



risque faible de transmission (VIH) **aucun risque de transmission** (VHC)

La masturbation (seul, à deux ou à plusieurs) ne comporte pas de risque de transmission



aucun risque de transmission

La masturbation (seul, à deux ou à plusieurs) ne comporte pas de risque de transmission



aucun risque de transmission

Les autres risques de transmission

partage de matériel de consommation de drogues



risque de transmission (VIH) **risque de transmission** (VHC)

si je partage, je désinfecte tout le matériel : seringue et cuillère et je change le filtre

C'est perso ! ou je désinfecte à l'eau de javel

de la mère à l'enfant



risque de transmission (VIH) **risque de transmission** (VHC)

Le risque est considérablement réduit quand la mère à un traitement contre le VIH

objets de tatouages et de piercing



risque de transmission (VIH) **risque de transmission** (VHC)

les objets de toilette personnels c'est perso



risque de transmission (VIH) **risque de transmission** (VHC)

aucun risque

le VIH et le VHC

ne se transmettent pas dans les situations suivantes :



prendre
une douche



aller aux toilettes



faire
une promenade



si nous partageons
les gestes de la vie
quotidienne en cellule

attention : sauf les objets personnels
de toilette (rasoirs, brosses à dents, etc.).



La salive, Les larmes,
La sueur, Les moustiques,
Ne transmettent pas
le VIH et le VHC



chez le dentiste



chez le coiffeur

4

5

ANNEXE 4

BROCHURE D'INFORMATION destinés aux médecins généralistes

La prévention du VIH

En France, 7000 personnes se contaminent chaque année par le VIH. 50 000 personnes sont infectées sans le savoir. Ces personnes sont à l'origine de 2/3 des nouvelles contaminations¹.

Il existe 2 manières de se contaminer : par voie sexuelle ou par voie sanguine.



Vous faire dépister :

Il est désormais recommandé à votre médecin traitant de proposer le test de dépistage du VIH à tous les patients âgés de 15 à 70 ans².

Votre médecin doit également vous proposer ce test dans les situations suivantes :

Comment faire pour vous protéger du VIH ?



Éviter de vous contaminer en utilisant :

- Le préservatif féminin ou masculin car une contamination est possible en cas de pénétration, même s'il n'y a pas d'éjaculation.
- Du matériel d'injection stérile (en cas de prise de drogue en intraveineux).
- Une paille individuelle en cas de sniff³.

Pensez à consulter en urgence en cas de prise de risque.



Débuter un traitement rapidement si vous avez pris un risque :

- Le traitement doit être débuté au mieux dans les 4 heures, au plus tard dans les 48 heures après une prise de risque⁴. Il peut éviter la contamination par le VIH.
- Sa prescription se fait sur décision médicale en fonction de la prise de risque. Votre médecin, si le traitement est indiqué, prendra contact avec le service référent (service d'infectiologie ou des urgences).
- Si le traitement n'est pas indiqué, un test VIH devra être réalisé à 6 semaines de votre prise de risque.

- si vous êtes une femme enceinte ou désirant avoir un enfant (pour les deux parents)
- si vous êtes originaire d'un pays où l'épidémie est très développée*
- si votre partenaire est séropositif
- si vous êtes un homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (Homosexuel ou bisexuel)
- si vous consommez des drogues en intraveineux ou en intranasal (même occasionnellement)
- si vous avez une autre maladie sexuellement transmissible
- si vous avez eu plusieurs partenaires sexuel(le)s dans l'année

Pourquoi se faire dépister même en l'absence de symptômes ?

- pour pouvoir envisager l'arrêt du préservatif (le test doit alors être réalisé chez les deux partenaires)
- pour commencer un traitement le plus tôt possible si le test est positif. Ceci permet d'avoir la même espérance de vie que quelqu'un qui n'a pas le VIH.

Votre médecin vous annoncera le résultat du test en consultation.

Seul un test réalisé 6 semaines après la prise de risque confirme qu'il n'y a pas eu de contamination.

Bientôt, un test réalisable en quelques minutes sera disponible chez votre médecin traitant.

* Afrique subsaharienne, Antilles, Guyane

Rédacteurs : J. Krotzoff et C. Letiers/ Septembre 2011/ Relecteurs : Pr. JP. Stahl, Pr P. Morand, Pr JL. Bosson, Dr P. Pavese, Dr G. Rogoaux, Dr F. Marion et Dr M. Sustensic/ Sources : 1. Rapport d'experts Yéni 2010. 2. Mission RDHs. G. Plaloux et F. Lett.3.Circulaire interministérielle N°DGS/RI/DHOS/DGT/DSS/ 2008/91 du 13 mars 2008. 4. Recommandations HASoctobre2009/Illustrations :O Roux,Stockvault.

RESUME

OBJECTIF : Evaluer les connaissances des patients sur le VIH se présentant aux urgences pour Accident d'Exposition au VIH (AEV) sexuel, afin de mieux comprendre les mécanismes préventifs mis en place par les patients et d'élaborer ensuite une stratégie de prévention qui tienne compte de leurs représentations et de leur mode de vie.

MATERIEL ET METHODE : Entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet 2014, nous avons réalisé une étude prospective observationnelle dans les services des urgences des CHU de Bordeaux et de Poitiers. Les patients inclus présentaient un risque d'AEV sexuel. Un questionnaire en trois parties a été établi. Celui-ci était remis aux patients lors de leur consultation aux urgences. Le niveau de connaissances corrélait à un score sur 20 points, obtenu par l'addition des bonnes réponses des patients au questionnaire. Nous avons également évalué la prévalence des AEV aux urgences, la prévalence de l'utilisation du préservatif et le taux de patients ayant bénéficié d'une information préventive antérieure.

RESULTATS : 42 patients répondaient aux critères d'inclusion. Leur niveau global de connaissances était à 60% certain. Nous avons démontré qu'il n'y avait pas de relation significative entre le niveau de connaissances et l'âge des patients ($p=0,60$) ou le niveau d'étude ($0,37$). Nous avons pu constater une absence du port du préservatif dans 48% des cas. Nous avons établi qu'il n'y avait pas de différence significative entre l'utilisation du préservatif et l'orientation sexuelle ($p=0,40$), l'âge ($p=0,45$) ou le niveau d'étude ($p=0,95$). Le niveau de connaissances des patients était en adéquation avec le fait d'avoir bénéficié ou non d'une information préventive antérieure (66% des patients possédaient un niveau de connaissances certain contre 45%). Nous avons observé que le niveau de connaissances des patients était moyen lorsque l'information antérieure émanait du médecin généraliste. Nous avons constaté que 81% de la population était favorable à une forme de « dépistage pour tous ».

CONCLUSION : Malgré une majorité de patients ayant de bonnes connaissances sur le VIH, la prévalence des AEV sexuels aux urgences reste importante. Notre étude met en évidence qu'il faut accentuer la prévention en amplifiant les campagnes d'information, en réaffirmant l'efficacité du port du préservatif, en intensifiant le dépistage et en sensibilisant davantage les médecins généralistes d'une possible exposition au VIH de leurs patients.

Mots clés : VIH, AEV sexuel, connaissance, prévention.

ABSTRACT

Evaluate the knowledge of patients coming to Emergencies for sexual AVR.

OBJECTIVE: Our primary focus is to evaluate the knowledge of patients who came for sexual Accidental Viral Risk (AVR) and to understand the prevention mechanism used by patients; in order elaborate a prevention strategy suiting their life style and their level of understanding.

PROCEDURE: From January 1 to July 31, 2014, we carried out a prospective observational study in the Emergency Departments of the University at Bordeaux's and Poitiers' Hospital. The patients involved in this study presented a sexual AVR. A three-part questionnaire was established, to assess the prevalence of ARV, the prevalence of condoms use and the patients who have received preventive information. Questionnaires were handed out to patients during their consultation at the Emergency Department. The level of patients' knowledge was correlated to the questionnaire's score.

RESULTS: 42 patients fulfilled the criteria for inclusion in the study. 60% of patients had a high overall knowledge besides some deficiency related to the testing modality. The level of knowledge was not statistically significant according to age of patients ($p=0,60$), or level of qualifications ($p=0,37$). We could also note the non-usage of condoms in 48% of sexual intercourse. This wasn't statistically significant according to the sexual orientation ($p=0,40$), age of patients ($p=0,45$) or level of qualifications ($p=0,95$). The level of knowledge is higher if the patient had received preventive information (66% of high overall knowledge when there was preventive information versus 45% without). We have noticed that the patient's level of knowledge was lower when the preventive information had been given by General Practitioners. Furthermore, 81% of the population is favorable to a large screening program.

CONCLUSION: Despite a majority of patients with a very good overall knowledge of HIV, the prevalence of sexual AVR in the Emergency Department remained high. Our study shows the need to enhance the prevention by increasing informative campaigns, reaffirming the efficiency of the condom, intensifying the testing, and also by raising general practitioners' awareness of their patients' possible exposure.

Keywords: HIV, sexual AVR, knowledge, prevention.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

