



La prophylaxie post-exposition à la salle d'urgence pour prévenir le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

par William Brindamour

Malgré les efforts pour diversifier l'offre de soins en santé sexuelle ainsi que les progrès pharmacologiques, l'exposition au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) persiste au sein de la population. Pour plusieurs personnes exposées à ce virus, la salle d'urgence constitue parfois la seule porte d'entrée dans le système de santé. La prophylaxie pré (PreP) et post-exposition (PPE) constitue un levier important pour lutter contre le VIH. Le rôle des infirmier.ères d'urgence dans la prophylaxie de cette infection est donc primordial. Cependant, le manque de connaissances et de formation sur les soins aux personnes vivant ou étant exposées au VIH constitue un obstacle majeur à l'accessibilité de certains services de santé. L'article a pour but de mettre en lumière l'état des connaissances sur le VIH et sa prophylaxie, tout en fournissant des éléments essentiels à évaluer chez une personne qui pourrait bénéficier de la PreP ou de la PPE à la salle d'urgence. L'article portera également sur la stigmatisation vécue par les membres de la communauté LGBTQ+, la communication par les professionnel.les de la santé ainsi que sur la prise en charge des personnes exposées.

INTRODUCTION

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une infection transmissible par les relations sexuelles et par le sang (ITSS). Il se propage à travers le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, les sécrétions anorectales, le partage de seringues, les piqûres accidentelles ainsi que pendant la grossesse ou l'allaitement (1). En 2020, au Canada, 1520 nouveaux cas d'infection par le VIH ont été estimés, avec 62 790 personnes vivant avec le VIH à la fin de cette même année (2). Plus précisément, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) restent une population particulièrement vulnérable à cette infection. En 2020, on estime que 31 589 HARSAH étaient séropositifs, représentant ainsi la moitié de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le pays (2).

LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

Physiopathologie

Le VIH est composé de trois protéines : la transcriptase inverse, l'intégrase et la protéase (3). Ces protéines jouent un rôle crucial dans la fabrication de copies du virus, ce qui lui permet de se reproduire et d'infecter l'organisme hôte. En outre, le VIH renferme du matériel génétique, soit de l'ARN (3). Pour une meilleure compréhension de la prévention et du traitement du VIH, il est indispensable de saisir le processus de réplication virale qui comporte cinq étapes :

1. Le VIH entre dans la cellule : Le VIH est recouvert de protéines qui lui permettent de s'attacher aux récepteurs des cellules humaines. Le VIH cible en autres les marqueurs protéiques humains CD4 qui se trouvent sur les lymphocytes T CDA+. Une fois le virus fusionné avec la membrane cellulaire, le contenu viral pénètre à l'intérieur de la cellule.
2. Le VIH transmet son ADN : Après son entrée dans la cellule, le VIH utilise son enzyme transcriptase inverse pour transformer son ARN viral en ADN.
3. Intégration du VIH dans la cellule infectée : À cette étape, le VIH utilise son enzyme, l'intégrase, pour incorporer le nouvel ADN viral dans le génome de la cellule hôte et ainsi s'intégrer à son matériel génétique.
4. Fabrication des copies du virus : Lorsqu'une cellule, en particulier les lymphocytes T CD4+, est infectée par le VIH, elle commence à assembler de nouveaux virus en produisant une chaîne de protéines virales. L'enzyme protéase agit pour découper cette chaîne de protéines, formant ainsi des virions, des particules virales, qui émergent sous forme de bourgeons à la surface de la cellule infectée, permettant ainsi d'infecter d'autres cellules.
5. Infection d'autres cellules de l'hôte : Les particules virales du VIH bourgeonnent à travers la membrane de la cellule en s'enveloppant dans un fragment de cette membrane cellulaire. Une fois assemblés, les nouveaux virions sont libérés de la cellule hôte, prêts à infecter d'autres cellules.

Présentation clinique

L'évolution naturelle de l'infection par le VIH peut être représentée par quatre grandes phases, chacune caractérisée par une présentation clinique distincte. Ces phases comprennent : 1) la primo-infection (c.-à-d., la phase suivant l'infection initiale), 2) la phase asymptomatique ou latente, 3) la phase symptomatique, et 4) la phase du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) (4). La primo-infection est généralement marquée par des symptômes semblables à ceux de la grippe, c'est-à-dire de la fièvre, des céphalées, des maux de gorge, des myalgies, de l'arthralgie, des ganglions enflés au cou, aux aisselles ou aux aines, des ulcères buccaux, de la fatigue, des nausées, des vomissements ou des diarrhées (3,4). La phase asymptomatique se caractérise par l'absence de manifestations cliniques malgré la réplication virale (3,4). La présence de symptômes d'infections persistants tels que la fatigue chronique, la perte de poids, la fièvre, la présence d'infection buccale et des manifestations cutanées peuvent correspondre à la phase symptomatique (3,4). Enfin, l'affaiblissement du système immunitaire marque la phase

du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Celle-ci se distingue par l'apparition d'infections causées par des virus, des champignons ou des bactéries spécifiques ainsi que l'apparition de certains types de cancer (3,4).

Mise en situation

Éli est un homme cisgenre ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Il consulte à l'urgence à la suite d'un rapport sexuel anal réceptif sans condom avec un partenaire rencontré sur une application de rencontre. Lors du triage, vous apprenez qu'il a volontairement pris du GHB durant cette relation sexuelle qui a eu lieu il y a deux jours. Vous lui recommandez de privilégier l'utilisation d'un préservatif, d'éviter les rapports sexuels sous l'influence de drogues et de privilégier les consultations dans une clinique plutôt qu'à l'urgence. Éli vous dit se sentir coupable d'avoir recouru aux services de l'urgence.

Comment quantifier le risque?

Bien que la quantification du risque de transmission du VIH demeure théorique, une synthèse des écrits révèle que les relations anales réceptives sans condom sont les plus susceptibles de conduire à la transmission du VIH (5,6). Un facteur prédictif de cette transmission est la charge virale : plus elle est élevée, plus le risque de transmission est important, tandis qu'une charge virale indétectable est associée à un risque négligeable de transmission (5). Des études ont montré qu'une personne sous traitement antirétroviral (ARV) ne transmet généralement pas le VIH par voie sexuelle si sa charge virale est inférieure à 200 copies par millilitre (7,8,9). Pour cela, au moins deux résultats consécutifs avec une charge virale inférieure à ce seuil sont nécessaires sur une période de 4 à 6 mois (10).

Il existe différents facteurs de risque qui augmentent la vulnérabilité au VIH, notamment les antécédents d'ITSS, les relations sexuelles vaginales ou anales non protégées, les partenaires sexuels multiples ou anonymes, les activités sexuelles avec usage d'alcool et consommation de drogues, le partage de matériel pour l'injection de drogues et les expositions dans un contexte professionnel (p. ex., piqûre avec un scalpel au travail) (11). En cas de piqûre accidentelle, certains facteurs peuvent modifier le risque de transmission, tels que la présence de sang sur l'instrument, si l'instrument sortait d'un vaisseau sanguin, s'il a d'abord été en contact avec une PVVIH en phase terminale ainsi que la profondeur de la blessure (11).

Dépister le VIH, possible?

Le diagnostic du VIH repose sur deux analyses sanguines : les tests des anticorps anti-VIH1 et anti-VIH2 ainsi que la détection de l'antigène p24. Les anticorps anti-VIH1 et 2 deviennent détectables dans 95 % des cas entre quatre à six semaines après l'exposition et dans 99 % des cas après trois mois (11). L'antigène p24 est une protéine constitutive de la capsid, la coque protégeant le matériel génétique du VIH et est sécrété lors de l'infection. Il est particulièrement utile au diagnostic en début d'infection, car il peut être détecté dans les premières semaines suivant l'exposition, généralement entre le 14^e et le 22^e jour (11).

Au Québec, les tests de dépistage sont principalement réalisés à partir de tests de 4^e génération effectuée en laboratoire qui combinent la détection des anticorps et de l'antigène p24 (11,12). Pour des raisons de sensibilité et de spécificité, le diagnostic repose généralement sur ces tests. (11,12).

Par ailleurs, il est crucial de procéder à un dépistage afin de déterminer le statut sérologique avant d’initier un traitement antirétroviral. De plus, il est recommandé d’offrir le dépistage à la personne source, qui aurait potentiellement pu transmettre le VIH à la personne exposée (11,13). Il est cependant impératif de respecter les principes de consentement et de dignité, sans exercer de pression sur la personne source pour qu’elle accepte de se soumettre à un dépistage du VIH (11,12).

LA PROPHYLAXIE PRÉ ET POST-EXPOSITION

La PrEP, la PPE, une réelle différence?

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) implique la prise d’anti-rétroviraux pour réduire le risque d’acquisition du VIH lors de rapport sexuel (11,14) (Tableau 1). Cette stratégie de prévention est recommandée pour les personnes séronégatives engagées dans des relations à risque élevé d’exposition au VIH (11). L’adhésion rigoureuse à la PrEP peut réduire le risque de transmission du VIH par voie sexuelle de 86 à 90 % (13,15). La PrEP peut être prise de façon continue ou intermittente, selon l’antirétroviral. Au Canada, les lignes directrices sur la PrEP suggèrent l’utilisation intermittente chez les HARSAH ayant des relations sexuelles ponctuelles à risque (13). Le guide sur la prise PrEP de AIDES France, un organisme qui lutte dans la prévention et la stigmatisation du VIH, constitue une lecture pertinente si vous désirez approfondir les différents types de schémas posologiques de la PrEP (16).

La prophylaxie post-exposition (PPE) consiste à prendre des antirétroviraux pour 28 jours après une exposition à haut risque au VIH afin de prévenir l’infection (11,13). La PPE est utilisée en cas d’exposition accidentelle au VIH, que ce soit par contact sexuel ou par un accident de travail. Il s’agit donc d’une mesure d’urgence et non d’une stratégie de prévention permanente. Bien que la PrEP soit toujours recommandée comme stratégie de prévention, certains professionnels de la santé préconisent une nouvelle approche, appelée PPE dans la poche ou la *PEP in your pocket*, qui consiste à prescrire la PPE à l’avance pour éviter les retards dans l’amorce du traitement (17). Cette stratégie permet un accès immédiat au traitement, responsabilise la personne en lui donnant un degré d’autonomie dans ses soins et diminue son anxiété face à une possible infection (17,18). Cette stratégie pourrait bénéficier les travailleurs et travailleuses du sexe particulièrement.

Comment la PPE agit-elle pour prévenir le VIH?

Le traitement médicamenteux prescrit lors d’une PPE combine trois médicaments : le raltégravir et le tenofovir/emtricitabine (11,13). Le raltégravir est un inhibiteur de l’intégrase (INI) et le tenofovir/emtricitabine est un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI). Pour en connaître plus sur les grandes classes des antirétroviraux utilisés dans la prévention du VIH, le tableau synthèse des antirétroviraux du Guide thérapeutique VIH/VHC 2023 constitue une ressource pertinente (19).

Tableau 1. Les prophylaxies pré et post exposition (PrEP et PPE)

	PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION (PREP)	PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION (PPE)
BUT	La PrEP vise à réduire le risque de transmission par le VIH chez une personne séronégative qui s’engage de façon continue ou sporadique dans des activités à haut risque d’infection.	La PPE est utilisée pour prévenir la transmission du VIH chez une personne qui a été exposée au virus.
TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX	Association de deux médicaments antirétroviraux : emtricitabine et ténofovir. Cette association médicamenteuse est communément appelé Truvada™.	Association de trois médicaments antirétroviraux : ténofovir + emtricitabine (Truvada™) et raltégravir (Isentress™).
POPULATION CIBLE	<p>La PrEP devrait être proposée aux individus présentant un haut risque d’infection par le VIH. Ce risque peut être évalué à l’aide de l’échelle <i>HIRI-MSM risk score</i>, avec un score supérieur à 11 indiquant un risque élevé. Le guide de prophylaxie préexposition au VIH du MSSS recommande la PrEP pour différentes populations, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les HARSAH et les femmes transgenres ayant eu des relations sexuelles anales non protégées au cours des six derniers mois dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Un diagnostic de syphilis ou d’ITSS bactérienne anale ; • Des relations sexuelles avec un partenaire séropositif lorsque le risque de transmission du VIH est significatif ; • Un historique de plus d’une PPE ; • La consommation de substances psychoactives lors de rapports sexuels ; • Plus de deux partenaires sexuels au cours des six derniers mois. ■ Les couples hétérosexuels sérodifférents ayant des relations sexuelles vaginales et anales non protégées par un condom lorsque le partenaire séropositif présente un risque significatif de transmission du VIH. 	<p>La PPE devrait être envisagée pour les personnes qui ont été exposées à un risque élevé de contracter le VIH dans diverses situations, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L’exposition à un risque élevé en milieu de travail ; ■ L’exposition à un risque élevé lors de rapports sexuels non protégés avec un partenaire séropositif non traité ou avec une charge virale supérieure à 200 copies/ml, ou lors de rapports sexuels avec un partenaire inconnu ou dont le statut sérologique est inconnu ; ■ L’exposition à une agression sexuelle.
MÉTHODE D’ADMINISTRATION	<p>Méthode continue</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Prise quotidienne d’un comprimé antirétroviral de manière continue. <p>Méthode intermittente (2-1-1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Implique la prise de comprimés antirétroviraux avant et après une exposition à risque de VIH. Elle comprend la prise de deux comprimés 24 h à 2 h avant le rapport sexuel, un comprimé 24 h après le rapport sexuel et un autre comprimé 48 h après le rapport sexuel. 	<p>La PPE devrait idéalement être initiée dans les 2 h suivant l’exposition à risque de VIH. Toutefois, il est possible de débiter la PPE jusqu’à 72 h suivant l’exposition. La PPE implique la prise régulière de comprimés antirétroviraux pendant une durée de 28 jours.</p>

Sources : (1,11)

Indication d'une PPE

Une PPE peut être autant indiquée lors d'une exposition professionnelle que lors de comportement sexuel (11,12,20). Au Québec, le guide du MSSS pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, aux virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) indique des recommandations sur les traitements à envisager en fonction des circonstances de l'exposition (11). Pour déterminer si une PPE est indiquée, le guide évalue le risque d'acquisition du VIH, lequel dépend de deux facteurs: le type d'exposition et le risque de transmission associé à la source d'infection (s'il y en a) (11,13). Ces informations sont essentielles pour le personnel infirmier à l'urgence, en particulier lors du triage, afin de guider l'anamnèse. Alors que les lignes directrices canadiennes se concentrent principalement sur les indications de la PPE dans un contexte sexuel, il est important de souligner que la PPE peut également être appropriée dans d'autres situations telles que dans le contexte du partage de matériel d'injection, pour des morsures humaines, l'exposition de muqueuses ou de peau non intacte ou encore les expositions percutanées (11,12).

Quand prendre la PPE?

L'efficacité de la PPE est fortement liée à la prise précoce d'un traitement antirétroviral (11,20). Plusieurs études mentionnent l'importance d'introduire rapidement la prise antirétrovirale dans les 2 h suivant l'exposition jusqu'à un maximum de 72 h pour maximiser l'efficacité (11,20,21). À ce jour, il n'y a pas d'indication de prescrire la PPE dans un délai supérieur à 72 h après l'exposition pour prévenir le VIH (13). Toutefois, il est recommandé d'encourager toute personne exposée à consulter rapidement pour bénéficier d'un dépistage, d'une prise en charge visant à prévenir l'hépatite B ou l'hépatite C ainsi que pour vérifier son statut vaccinal (11,13).

La PPE, est-elle efficace?

À ce jour, les études se multiplient sur l'efficacité des différents médicaments antirétroviraux permettant de prévenir l'acquisition du VIH (22,23). Toutefois, les données actuelles sur l'efficacité de la PPE proviennent principalement d'études menées sur des animaux, d'essais cliniques visant à prévenir la transmission périnatale du VIH ainsi que d'études observationnelles (11,23). Le manque d'études, notamment d'essais contrôlés randomisés auprès d'une population humaine, s'explique par l'impossibilité éthique et pratique de comparer les effets de la PPE avec l'absence d'intervention (22,23). Néanmoins, une étude cas-témoins menée en 1997 a été révolutionnaire dans la prévention du VIH (24). Considérée comme une pionnière dans ce domaine, elle a démontré que le risque de conversion au VIH parmi les professionnel.les de la santé exposé.es, et ayant reçu une PPE durant 28 jours, aurait été réduit d'environ 81 % par rapport à ceux n'ayant pas reçu de PPE (24).

Mise en situation

Suite

Vous poursuivez votre triage et, lors de votre anamnèse, vous constatez qu'Éli semble peu ouvert à vos questions et préfère arrêter de discuter avec vous. Il vous fait mention d'un sentiment de stigmatisation à son égard, notamment sur ses pratiques sexuelles et habitudes de vies. Vous lui mentionnez que vous êtes désolé et que vous tentiez seulement d'effectuer de la prévention. Vous vous interrogez sur les moyens d'améliorer la relation thérapeutique.

Stigmatisation et communication des professionnel.les de la santé

De nombreuses personnes de la communauté LGBTQ+ choisissent de ne pas divulguer leur genre ou leur identité sexuelle si elles estiment que la personne prestataire de soins de santé adopte une attitude discriminatoire (25). Cette discrimination peut se manifester par un manque de respect, des abus, des attitudes négatives, des soins de qualité médiocre, un manque de confidentialité et d'intimité (26). Selon Brous (2019), un service d'urgence qui ne propose pas de soins adaptés à la culture LGBTQ+ aggrave les disparités existantes en matière de santé, de bien-être et de sécurité au sein de cette communauté (27). Il souligne l'importance d'améliorer la prise en charge des personnes LGBTQ+ aux urgences, en mettant l'accent sur la lutte contre les préjugés, la création d'un environnement sécuritaire et l'utilisation correcte des pronoms.

Le lexique des lignes directrices Santé et bien-être des personnes de la diversité sexuelle et de la pluralité de genre peut être une lecture utile pour mieux comprendre les définitions et concepts utilisés par les personnes de la communauté LGBTQ+ (28). Enfin, des conseils simples et pratiques sont disponibles pour développer une communication inclusive avec les personnes LGBTQ+ grâce à l'acronyme ABC (29) (Tableau 2).



Tableau 2. L'ABC de la communication inclusive

<p>A Abordez toutes les interactions en utilisant un langage inclusif</p> <p>CONSEIL PRATIQUE Il se peut que vous commettiez une erreur durant la conversation. La façon la plus respectueuse est de reconnaître votre erreur, de vous excuser et de vous corriger.</p>	<p>Utilisez un langage neutre</p> <ul style="list-style-type: none"> Quels sont vos pronoms d'usage ? Comment vous identifiez-vous ? Quelle est votre orientation sexuelle ? À quel genre vous identifiez-vous ? <p>Faites de l'écho langage</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilisez les pronoms qu'ils ou elles utilisent. L'utilisation des pronoms préférés par la personne permet d'assurer qu'elle se sente respectée. Utilisez les mêmes mots qu'eux pour désigner l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. <p>Posez des questions ouvertes</p> <ul style="list-style-type: none"> Poser des questions ouvertes sur l'identité de genre garantit que les personnes se sentent respectées lorsqu'elles sont abordées : Comment aimez-vous qu'on s'adresse à vous ? Quels sont vos pronoms ? Êtes-vous en relation avec une personne ?
<p>B Être bien conscient de soi et des autres</p> <p>CONSEIL PRATIQUE Il peut être pertinent de demander le consentement à la personne sur les informations qui peuvent être communiquées. Il ne faut pas assumer que l'orientation sexuelle, le genre ou toute autre information jugée sensible peuvent être communiqués à l'équipe de soins sans le consentement de la personne.</p>	<p>Soyez conscient des signaux non verbaux</p> <ul style="list-style-type: none"> La communication non verbale envoie des messages supplémentaires transmis par le contact visuel, les expressions faciales, le ton de la voix et les pauses dans le discours. Une expression faciale ouverte et neutre, l'utilisation de signes d'écoute comme le hochement de tête, le contact visuel soutenu et l'adoption d'une posture ouverte peuvent faciliter la communication. <p>Tenez compte de l'environnement et de qui est dans la pièce</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurez-vous d'offrir un environnement favorisant la confidentialité. Assurez-vous d'avoir le consentement de la personne. Dites à la personne que vous souhaitez poser quelques questions personnelles, notamment sur leur identité de genre et leurs relations. Demandez-lui discrètement si elle accepte ou non d'avoir cette discussion où elle est et avec les personnes présentes. <p>Impliquez les autres de manière appropriée</p> <ul style="list-style-type: none"> Lorsqu'une personne amène quelqu'un à l'urgence, demandez-lui qui est cet individu sans présomption et si elle est à l'aise d'avoir des discussions en sa présence : Bonjour, je suis heureux de vous rencontrer, vous êtes accompagné d'une personne ? Souhaitez-vous qu'elle soit présente pendant le triage ? Puis-je vous demander quel est votre lien ? Si la personne désire être accompagnée, respectez son souhait. Cela démontre votre respect de la personne et de sa dignité. Vous pouvez également apporter votre soutien à la personne et à son proche.
<p>C Créez des opportunités inclusives de partage</p> <p>CONSEIL PRATIQUE Il se peut que vous soyez peu familier avec l'orientation sexuelle, l'identité de genre. Verbalisez poliment votre incompréhension. La reconnaissance de vos limites permet une opportunité de partage de connaissances et d'apprentissage.</p>	<p>Demandez, ne présumez pas</p> <ul style="list-style-type: none"> Il est préférable de poser une question plutôt que d'assumer. Il est important de faire savoir aux personnes qu'il est possible de partager ou discuter de tout aspect de leur orientation sexuelle et de leur identité de genre. Cette opportunité diminue la pression, leur assure que vous ne ferez pas de discrimination et leur permet de se concentrer sur leur santé. Avant de poser des questions, préparez-vous et soyez clair sur ce que vous demandez et pourquoi : Avant de commencer le triage, il est important pour moi de comprendre qui vous êtes. Cela inclut la compréhension de votre orientation sexuelle et de votre identité de genre. J'aimerais discuter avec vous de ces sujets. Je fais cela avec toutes les personnes dont je m'occupe, cela peut nous permettre, à moi et à l'équipe, de mieux vous soutenir. <p>Donnez le choix et du temps</p> <ul style="list-style-type: none"> Lorsque vous questionnez la personne, assurez-vous qu'elle comprend qu'il n'est pas obligatoire de répondre à vos questions. Vous pouvez donner le choix de répondre ou de prendre le temps de réfléchir : Je laisse toujours le choix à chacun de décider s'il souhaite discuter ou non d'un sujet. Si une question n'est pas confortable, il suffit de le signaler, et il est possible de revenir sur certaines questions ultérieurement si vous le souhaitez. <p>Demandez la permission d'inscrire les informations au dossier</p> <ul style="list-style-type: none"> Demandez le consentement des personnes pour savoir si des informations relatives à leur genre, orientation sexuelle ou des informations jugées sensibles peuvent être inscrites dans leur dossier médical : Je préfère vous demander ce que vous souhaitez qui se retrouve inscrit dans votre feuille de triage. Est-il pertinent d'inscrire les informations sur votre orientation sexuelle ou votre identité de genre ?

Source : (29)

LA PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION À LA SALLE D'URGENCE

Opportunités et défis de la prophylaxie à la salle d'urgence

Il est estimé que la plupart des initiations à la prescription de la PPE sont effectuées dans une salle d'urgence (30,31). Du fait de leur accessibilité, les urgences constituent un environnement de soins unique pour les individus rencontrant des difficultés d'accès aux services de santé et présentant des facteurs de risque au VIH, désirant initier rapidement une PPE (31). Toutefois, la sous-utilisation de la PPE aux urgences, en raison du manque de formation et de connaissances médicales, constitue une occasion manquée pour la prévention du VIH (32). Ces manquements et les retards dans les diagnostics entravent la prévention et la gestion efficace du VIH. Il est souvent constaté que ce sont les personnes issues de groupes marginalisés, sans accès à des soins spécialisés et préventifs, qui se retrouvent à recevoir des soins ponctuels dans les salles d'urgence, subissant ainsi les conséquences d'une prise en charge tardive (33).

Par ailleurs, bien que l'accent ne soit pas nécessairement mis sur la connaissance de la PrEP dans le contexte des urgences, il peut également être bénéfique d'offrir des informations sur les méthodes de prévention du VIH, y compris la PrEP, aux personnes ayant des facteurs de risque qui consultent à l'urgence. Cela pourrait contribuer à réduire les visites répétées aux urgences (33). D'autant plus, il pourrait être bénéfique d'orienter les individus vers des cliniques offrant une prise en charge et un suivi de la PrEP.

Le triage infirmier

Lorsqu'une personne à risque d'exposition au VIH se présente à la salle d'urgence, le processus débute par un triage infirmier pour déterminer la priorité de sa prise en charge. Selon les protocoles et le jugement de l'infirmier.ère, certains établissements ont mis en place des corridors de services spécifiques pour réorienter ces personnes vers des cliniques offrant la PPE.

Selon le *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS), l'exposition au VIH serait évaluée comme une priorité 2 (P2) lors d'une exposition à risque élevé et comme une priorité 3 (P3) lors d'une exposition à risque faible (34). Toutefois, il est important de garder en tête que l'évaluation de la personne exposée à un liquide biologique potentiellement infectieux doit se faire le plus rapidement possible afin d'initier un traitement préventif antirétroviral, idéalement dans les 2 h suivant l'exposition et jusqu'à un maximum de 72 h après l'exposition (11,12). Ainsi, le jugement de l'infirmier.ère revêt une importance cruciale dans l'orientation vers une clinique proposant la PPE et dans la détermination de la priorité du triage.

L'anamnèse au triage doit être concise et rapide (34). Pour y parvenir, l'infirmier.ère doit :

- Créer un environnement favorable et sécuritaire lors du triage (35), en :
 - Assurant et expliquant la confidentialité aux personnes lors du triage ;
 - Établissant un climat de confiance, de confort et d'ouverture centrée sur la personne ;
 - Exprimant de l'empathie et établissant un rapport de confiance ;

- Utilisant un langage corporel ouvert et un contact visuel approprié ;
 - Étant conscient que le contexte d'exposition et la réaction sont uniques chez chaque personne ;
 - Évitant d'assumer l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la monogamie, les activités ou pratiques sexuelles ;
 - Utilisant un langage simple et culturellement compétent ;
 - Évitant de couper la parole ou d'effectuer des interruptions inutiles ;
 - Écoutant la personne sans prendre de notes ni taper sur l'ordinateur.
- Effectuer une anamnèse sexuellement adaptée, une évaluation de l'exposition en lien avec le VIH ainsi qu'une évaluation de l'état mental de la personne exposée (12,29).

Pour ce faire, l'acronyme 6P permet d'obtenir une anamnèse sexuellement adaptée (36) (Tableau 3). Cet acronyme permet à l'infirmier.ère du triage d'effectuer une évaluation rapide d'une histoire de santé sexuelle. Autrefois limitée à 5P, l'histoire sexuelle doit maintenant être approfondie pour inclure l'évaluation du bien-être sexuel en lien avec les traumatismes et les violences sexuelles (36).

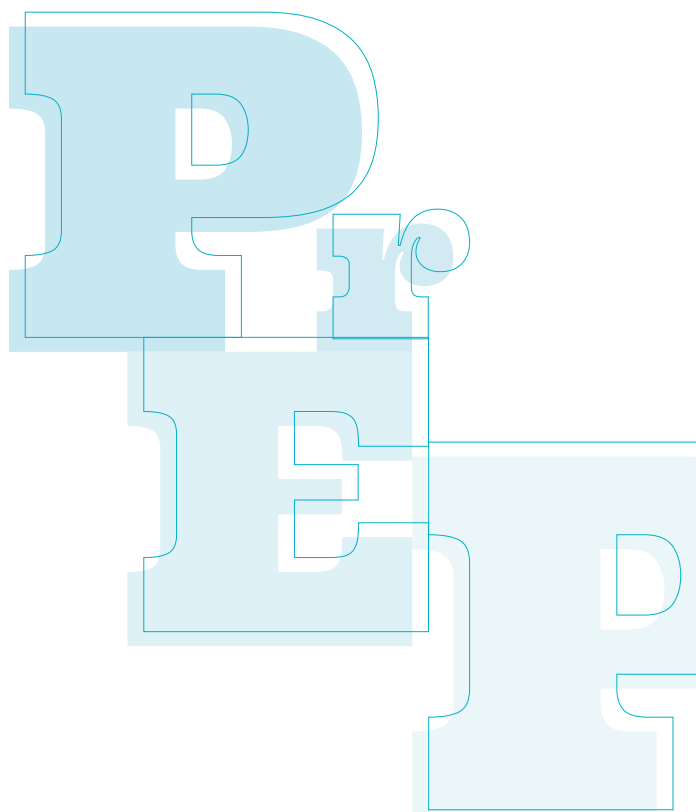


Tableau 3. Acronyme 6P pour établir une histoire de santé sexuelle

	EXEMPLES DE QUESTIONS
INTRODUCTION	<ul style="list-style-type: none"> Êtes-vous d'accord qu'on discute de votre santé sexuelle ? Êtes-vous sexuellement active ? Quel est votre genre ? Comment vous identifiez-vous ? Quel prénom préférez-vous qu'on utilise ?
PARTENAIRE (S)	<ul style="list-style-type: none"> Comment vos partenaires s'identifient-ils ? Combien de partenaires avez-vous eu dans les derniers 6 mois ? Dans quel type de relation vous situez-vous ? Y a-t-il eu un changement dans votre désir sexuel (ou celui de votre partenaire) ou dans la fréquence de vos activités sexuelles ? Rencontrez-vous des partenaires sur des sites de rencontres ?
PRATIQUE	<ul style="list-style-type: none"> À quel type d'activités sexuelles participez-vous ? Participez-vous à des relations sexuelles vaginales, orales, anales ? Est-ce que vous (ou vos partenaires) utilisez des objets sexuels ou des substances particulières (ex. : drogues) pour améliorer votre plaisir sexuel ? Avez-vous déjà eu des douleurs lors des rapports sexuels ? Avez-vous des difficultés avec la lubrification ? Avez-vous des difficultés à atteindre l'orgasme ? Avez-vous des difficultés à obtenir et à maintenir une érection ? Avez-vous des difficultés avec l'éjaculation ? Avez-vous des questions ou des inquiétudes concernant votre fonctionnement sexuel ?
PROTECTION	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, un facteur de risque pour le VIH ? Avez-vous déjà subi un test de dépistage pour le VIH ou pour des ITSS ? Utilisez-vous des moyens de protections contre le VIH (PreP, préservatif, etc.) ?
PASSÉ MÉDICALE (ITSS)	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous déjà eu un test de dépistage des ITSS ? Avez-vous déjà eu un diagnostic ou un traitement contre une ITSS ? Avez-vous déjà rencontré des problèmes dans votre vie sexuelle ?
PRÉVENTION GROSSESSE	<ul style="list-style-type: none"> Essayez-vous de devenir parent ? Aimeriez-vous tomber enceinte ? Utilisez-vous une méthode de contraception ?
PLUS (TRAUMATISME/VIOLENCE)	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous vécu des expériences sexuelles non désirées ? Avez-vous déjà été forcé ou contraint à avoir des relations sexuelles/activités sexuelles contre votre volonté, que ce soit en tant qu'enfant ou en tant qu'adulte ? Si oui, y a-t-il quelque chose dans cette expérience qui a un impact sur votre sexualité actuelle ? Si oui, y a-t-il quelque chose dans cette expérience qui rend difficile la consultation d'un fournisseur de soins de santé ou l'examen physique (le cas échéant) ?

Sources : (35,36)

Dans un deuxième temps, il est primordial d'évaluer l'exposition au VIH afin de déterminer la gravité du risque. Le Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC du MSSS fournit un cadre de référence pour évaluer l'exposition et les recommandations relatives à l'initiation et au suivi de la PPE (12). Le Tableau 4 est une adaptation de l'ouvrage du MSSS afin d'évaluer l'exposition au VIH (12).

Tableau 4. Questionnaire d'évaluation de l'exposition au VIH

	EXEMPLES DE QUESTIONS
Contexte du risque d'exposition	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous me décrire l'événement ? À quelle heure/date avez-vous été possiblement exposé à un risque de VIH ? Avez-vous effectué des premiers soins ?
Type exposition	<ul style="list-style-type: none"> Vous êtes-vous piqué avec une aiguille (type d'aiguille et calibre) ? S'agit-il d'une coupure ? Vous êtes-vous exposé par contact sur une muqueuse ou de la peau non saine ? S'agit-il d'une morsure humaine ? Quelles sont vos pratiques sexuelles ? Est-il possible que vos pratiques sexuelles soient à risque ? Êtes-vous victime de violence sexuelle ?
Évaluation de la personne exposée	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont vos antécédents de santé ? Vivez-vous avec le VIH, VHB ou VHC ? Prenez-vous des médicaments comme la PrEP ? Êtes-vous vacciné contre l'hépatite A/B ? Vos vaccins sont-ils à jour ? Faites-vous partie d'un groupe à risque d'exposition (HARSAH, utilisateur de drogue injectable, originaire d'un pays où le VIH, le VHB ou le VHC sont endémiques) ?
Évaluation de la personne source, s'il y a lieu	<ul style="list-style-type: none"> La personne source est-elle connue ? La personne source vous a-t-elle mentionné qu'elle avait des problèmes de santé (VIH, VHC, VHB) ? Est-elle connue pour une infection par le VIH ? Vous a-t-elle mentionné si elle prenait des antirétroviraux ? Elle vous a parlé de sa charge virale ? La personne source fait-elle partie d'un groupe à risque (HARSAH, UDI, originaire d'un pays où le VIH, le VHB ou le VHC sont endémiques) ?
Déterminer le risque en fonction du statut de la source	<p>Exposition présentant un risque élevé (Source positive ou inconnue)</p> <ul style="list-style-type: none"> Avez-vous eu une relation sexuelle vaginale (insertive ou réceptive)* ? Avez-vous eu une relation sexuelle anale (insertive ou réceptive)* ? Avez-vous effectué un partage de matériel d'injection ? Avez-vous partagé ou inséré un accessoire sexuel non désinfecté ? Avez-vous été blessé par aiguille ou par objet coupant ? Morsure humaine avec présence de sang ? <p>Exposition présentant un faible risque</p> <ul style="list-style-type: none"> Avez-vous eu une relation sexuelle orale* avec ou sans éjaculation ? Anulingus ou cunnilingus ? Avez-vous eu un contact de liquide biologique sur peau non saine ou muqueuse (le volume détermine le risque) ? Avez-vous eu une piqure avec une aiguille abandonnée ? <p>* Une relation sexuelle sans condom ou pendant laquelle il y a soit rupture, soit perte du condom, peu importe la durée de cette relation, est considérée comme à risque.</p>

Source : (12)

Finalement, il est important d'évaluer l'état mental de la personne exposée et d'intervenir en conséquence (12). Pour vous soutenir dans l'évaluation de l'état mental, le Tableau 5 est une adaptation de l'ouvrage du MSSS vous permettant d'évaluer l'état mental chez une personne ayant été exposée au VIH (12). Il est important de reconnaître que certaines personnes peuvent manifester une détresse liée à l'événement traumatique ou ressentir une certaine crainte concernant le risque d'exposition au VIH (12). De

plus, certaines personnes vivent cette crainte jusqu'à l'obtention des résultats des tests sanguins (12). Il peut être pertinent d'évaluer l'état mental en cherchant le contexte de l'évènement et la possible présence de violence sexuelle. En effet, les violences sexuelles peuvent accroître le risque de transmission du VIH, notamment parce que l'utilisation du préservatif lors d'une agression sexuelle est souvent absente (37,38).

Tableau 5. Éléments d'évaluation de l'état mental

EXEMPLES DE QUESTIONS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'arriverait-il si vous étiez infecté par le VIH ? Comment réagiriez-vous ? ■ Avez-vous des idées suicidaires ? ■ Avez-vous peur de mourir ? Peur de contaminer l'entourage ? ■ Présence de symptômes anxieux, symptômes dépressifs, troubles du sommeil, abus d'alcool, de médicaments ou de drogue ? ■ Présence de symptômes psychotiques (hallucination, délire) ? ■ Pourriez-vous avoir des difficultés au regard de l'adhésion au plan de traitement défini par l'équipe médicale ? ■ Avez-vous déjà eu de la difficulté à tolérer les effets indésirables des antirétroviraux ? ■ Quelles seront les répercussions de l'évènement sur votre qualité de vie et la capacité à retourner travailler ? ■ Vivez-vous de l'isolement social et/ou des problèmes relationnels ? ■ Avez-vous de la difficulté à vous organiser, à mener à terme les tâches personnelles et professionnelles, à vous occuper de vos besoins de base ?

Source : (12)

Une fois le triage terminé, il est possible d'effectuer les premiers soins particulièrement lorsque la personne a été exposée à des liquides biologiques, ce qui permettra possiblement de réduire le risque de transmission (12). Pour cela, il est recommandé de :

- Retirer les vêtements souillés.
- En cas d'exposition percutanée (piqûre, coupure, égratignure), de morsure, de contact avec une muqueuse ou une peau non intacte :
 - Ne pas faire saigner la plaie puisque ce n'est plus recommandé ;
 - Nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon ;
 - Éviter de brosser la plaie et de recourir à des solutions corrosives ou irritantes (comme l'eau de Javel ou l'alcool) ;
 - Rincer la région touchée avec de l'eau ou du sérum physiologique ;
 - Appliquer un pansement au besoin.
- En cas d'exposition sexuelle :
 - Aucune mesure de premiers soins n'a démontré son efficacité pour réduire le risque de transmission d'agents infectieux après une exposition de ce type. Selon le contexte clinique, il peut être recommandé à la personne victime d'agression sexuelle de s'abstenir de se laver ou de se brosser les dents afin de faciliter une éventuelle collecte de preuves médico-légales.

L'accès universel et la disponibilité 24 h sur 24 font des salles d'urgence un point d'accès idéal pour les personnes cherchant un traitement PPE après une exposition au VIH (32). L'initiation de la prise d'antirétroviraux à l'urgence à l'aide d'une trousse PPE standardisée contenant des informations et la médication facilite également la prise en charge. Une pratique courante consiste à fournir un approvisionnement partiel à la personne, sous forme de trousse de démarrage. Cette approche permet

de surveiller les résultats de laboratoire, d'ajuster le traitement en fonction de la tolérance médicamenteuse, de limiter les coûts et d'éviter de fournir des médicaments qui ne seront pas utilisés (13). Cependant, une revue systématique d'essais randomisés et d'études observationnelles a montré que le fait de fournir une trousse complète plutôt qu'une trousse partielle est associé à une réduction des refus de la PPE et à une amélioration des taux de complétion de la PPE (39). Cette recommandation ne peut toutefois pas être généralisée en raison de l'hétérogénéité dans l'accessibilité à la PPE, des caractéristiques financières des individus et de la capacité des établissements de santé à fournir et à assumer les coûts des médicaments (39). Pour ces raisons, la trousse de démarrage partielle reste un compromis approprié en termes de rapport coût-bénéfice, aussi bien pour les personnes concernées que pour le système de santé.

Évolution du rôle infirmier dans la PPE

Il est possible que, dans certaines régions, une trajectoire de soins soit établie avec diverses cliniques afin que la prise en charge de la personne exposée soit effectuée non pas à l'urgence, mais plutôt dans une clinique spécialisée dans l'offre et le suivi de la PPE. Plusieurs régions ont des centres désignés qui peuvent assurer la prise en charge de la PPE (12).

Cependant, plusieurs études soutiennent le rôle crucial des infirmiers et infirmières d'urgence dans la gestion de la PPE. Par exemple, une étude française indique qu'un programme de formation du personnel infirmier en matière de triage permet de réduire le temps d'attente pour la première dose de PPE et améliore son accessibilité (40). Une autre étude met en lumière le rôle autonome et la collaboration entre les infirmiers et infirmières et les médecins spécialistes en maladies infectieuses à travers une intervention où le personnel infirmier initie la PPE de manière autonome (41). Dans cette étude, le personnel infirmier en première ligne est chargé de réorienter les personnes provenant des urgences ou des cliniques afin d'entamer un traitement de PPE. Cela illustre un nouveau paradigme où des responsabilités traditionnellement dévolues au corps médical sont transférées, permettant aux infirmiers et infirmières d'effectuer efficacement des interventions de prévention du VIH (42). Ainsi, ces études mettent en évidence l'importance du rôle infirmier dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins. De plus, elles soulignent l'importance du rôle infirmier en milieu d'urgence dans l'initiation autonome et sécuritaire de la PPE ainsi que dans l'orientation des personnes vers des cliniques pour un accès rapide à la PPE, contribuant ainsi à désengorger les services d'urgence.

Mise en situation

Mise en situation (suite)

Finalement, vous vous excusez d'avoir eu une attitude stigmatisante, vous lui mentionnez que son intervention était tout à fait justifiée et qu'à l'avenir vous serez plus attentif. Vous lui expliquez vos limites sur la communication inclusive et Éli vous remercie d'avoir pris le temps de vous excuser. Vous pensez au temps restant pour initier la PPE et vous établissez une cote de priorité 2. Vous lui mentionnez que la réorientation n'est pas indiquée afin d'initier rapidement la PPE. Après 45 minutes d'attente, Éli rencontre le médecin de l'urgence et se voit proposer la PPE, soit le Truvada™ (ténofovir + emtricitabine) et l'Isentress™ (raltégravir) pour une durée de 28 jours, ainsi qu'un suivi avec la clinique des maladies infectieuses de l'hôpital.

CONCLUSION

La lutte contre le VIH représente une réalité complexe où la prévention et la prise en charge nécessitent des connaissances approfondies et une approche humaine. Dans ce contexte, le rôle crucial de l'infirmière d'urgence dans la prophylaxie pré et post-exposition ne peut être sous-estimé. Ce dernier contribue significativement à réduire la transmission du virus. Cependant, la stigmatisation et les difficultés de communication rencontrées avec les personnes issues de la communauté LGBTQ+ aux urgences peuvent entraver l'accessibilité aux soins. Il est donc impératif que les professionnels de la santé approfondissent leurs connaissances sur le sujet afin d'adopter une approche inclusive et respectueuse, favorisant ainsi un environnement sécuritaire pour tous.

L'AUTEUR

William Brindamour

inf., B. Sc.
Infirmier clinicien et étudiant au D.E.S.S. et à la maîtrise en sciences infirmières - infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSP)
Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
Urgence du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
william.brindamour@umontreal.ca

SOUTIEN FINANCIER

L'auteur n'a reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Agence de la Santé Publique du Canada (ASPC). Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes: Hommes gais, bisexuels, bispirituels et ayant des relations sexuelles avec des hommes. 2013. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/aids-sida/publication/ps-pd/men-hommes/assets/pdf/psphasrm-revspdhb-fra.pdf>
2. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH. 2022. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90-national-hiv-estimates-report-2018-fr.pdf>
3. Copstead-Kirkhorn LEC, Banasik JL. Pathophysiology (6^e éd.). Canada: Elsevier Health Sciences; 2019.
4. Portail VIH/sida du Québec (PVSQ). L'essentiel du VIH 3^e édition. 2021. <https://pvsq.org/essentiel-du-vih/>
5. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Risque de transmission du VIH : sommaire des données scientifiques. 2012. https://www.cocqsida.com/assets/files/ressources/ASPC_RISQUE%20DE%20TRANSMISSION%20DU%20VIH-FR_21fev2013.pdf
6. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS (London, England). 2014; 28(10), 1509-1519. doi: 10.1097/QAD.0000000000000298.
7. Bavinton BR, Jin F, Prestage G, Zablotska I, Koelsch K K, Phanuphak N, ... et Opposites Attract Study Group. The Opposites Attract Study of viral load, HIV treatment and HIV transmission in serodiscordant homosexual male couples: design and methods. BMC Public Health. 2014; 14, 1-8. doi: 10.1186/1471-2458-14-917.

8. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Van Lunzen J, ... et PARTNER Study Group. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. JAMA. 2016; 316(2), 171-181. doi: 10.1001/jama.2016.5148.
9. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, ... Pechenot V. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. The Lancet. 2019; 393(10189), 2428-2438. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0.
10. Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). L'effet du traitement des personnes vivant avec le VIH sur le risque de transmission sexuelle de l'infection: Position ministérielle. 2018. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-334-01W.pdf>
11. Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine: guide pour les professionnels de la santé du Québec. 2019a. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-334-02W.pdf>
12. Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC. 2019b. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-338-01W.pdf>
13. Tan DH, Hull MW, Young D, Tremblay C, O'byrne P, Thomas R, ... Shafraan S. Canadian guideline on HIV pre-exposure prophylaxis and nonoccupational postexposure prophylaxis. CMAJ. 2017; 189(47), E1448-E1458. doi: 10.1503/cmaj.170494
14. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, et Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS (London, England). 2014; 28(10), 1509. doi: 10.1097/QAD.0000000000000298.
15. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Fiche d'information sur le VIH: Prévention biomédicale du VIH - PPrE et PPE. 2019. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-fiche-information-prevention-biomedicale-ppe.html>
16. AIDES (2021). La PrEP: Mode d'emploi. <https://www.aides.org/prep>
17. Heendeniya A, Bogoch II. HIV prevention with post-exposure prophylaxis-in-pocket. Lancet Public Health. 2019; 4(10), e494. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30152-5.
18. Billick MJ, Sheps J, Bogoch, II. HIV prevention with postexposure prophylaxis-in-pocket (PIP). BMJ. 2023; 382. doi: 0.1136/bmj-2023-076016,
19. Guide thérapeutique VIH/VHC. Tableaux synthèse des antirétroviraux 2022-2023. 2023. <https://www.guidetherapeutiquevih.com/outils-professionnels/tableau-synthese-des-antiretroviraux/>
20. Sultan B, Benn P, Waters L. Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis. HIV/AIDS-Research and Palliative Care. 2014; 147-158. doi: 10.2147/HIV.S46585.
21. DeHaan E, McGowan JP, Fine SM, Vail R, Merrick ST, Radix A, ... Gonzalez, CJ. PEP to prevent HIV infection. 2020. <https://www.hivguidelines.org/guideline/hiv-pep/>
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Dominguez KL, Smith DK, Thomas V, Crepez N, Lang K, et al. Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV - United States. 2018. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/38856?utm_medium=referral&utm_source=r360
23. Ontario HIV treatment network (OHTN). The efficacy of post-exposure prophylaxis (PEP) for HIV. 2019. https://www.ohtn.on.ca/wp-content/uploads/2019/03/RR134_PEP-effectiveness_final_March182019.pdf
24. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, ... Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. New England Journal of Medicine. 1997; 337(21), 1485-1490. doi: 10.1056/NEJM199711203372101.
25. Bidell MP. The Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Development of Clinical Skills Scale (LGBT-DOCSS): Establishing a new interdisciplinary self-assessment for health providers. J Homosex. 2017; 64(10), 1432-1460. doi: 10.1080/00918369.2017.1321389.
26. Sekoni AO, Gale NK, Manga-Atangana B, Bhadhuri A, Jolly K. The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. J Int AIDS Soc. 2017; 20(1), 21624. doi: 10.7448/IAS.20.1.21624
27. Brous, E. Legal issues with sexual and gender minority patients in the emergency department. JLNC. (2019); 30(2), 30-37.
28. Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Santé et bien-être des personnes de la diversité sexuelle et de la pluralité de genre: lignes directrices. 2023. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-302-01W.pdf>
29. Braybrook D, Bristowe K, Timmins L, Roach A, Day E, Clift P, ... Harding R. Communication about sexual orientation and gender between clinicians, LGBT+ people facing serious illness and their significant others: a qualitative interview study of experiences, preferences and recommendations. BMJ Qual Saf. 2023; 32(2), 109-120. doi: 10.1136/bmjqs-2022-014792.
30. Malinverni S, Libois A, Gennotte AF, La Morté C, Mols P. Prescription of non-occupational post-exposure HIV prophylaxis by emergency physicians: an analysis on accuracy of prescription and compliance. PLoS One. 2016; 11(4), e0153021. doi: 10.1371/journal.pone.0153021
31. Stanley K, Lora M, Merjavy S, Chang J, Arora S, Menchine M, Jacobson KR. HIV prevention and treatment: the evolving role of the emergency department. Ann Emerg Med. 2017; 70(4), 562-572. doi: 10.1016/j.annemergmed.2017.01.018.
32. O'Donnell S, Bhate TD, Grafstein E, Lau W, Stenstrom R, Scheuermeyer FX. Missed opportunities for HIV prophylaxis among emergency department patients with occupational and nonoccupational body fluid exposures. Ann Emerg Med. 2016; 68(3), 315-323. doi: 10.1016/j.annemergmed.2016.03.027.
33. Elam C. Emergency nurses' perspectives on HIV screening in the emergency department (ED) (Doctoral dissertation, Rutgers University-School of Nursing-RBHS). 2021.
34. Canadian triage and acuity scale (CTAS). L'échelle canadienne de triage et de gravité: Manuel de formation. Version 2.4. 2011. https://caep.ca/wp-content/uploads/2017/06/module_1_slides_v2.4.pdf
35. Savoy M, O'Gurek D, Brown-James A. Sexual health history: techniques and tips. AFP. 2020; 101(5), 286-293. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0301/p286.html>
36. Rubin ES, Rullo J, Tsai P, Crinti S, Elders J, Thielen JM, Parish SJ. Best practices in North American pre-clinical medical education in sexual history taking: consensus from the summits in medical education in sexual health. J Sex Med. 2018; 15(10), 1414-1425. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.08.008.
37. Finneran C, Stephenson R. Intimate partner violence among men who have sex with men: A systematic review. Trauma Violence Abuse. 2013; 14(2), 168-185. doi: 10.1177/1524838012470034.
38. O'Neal EN, Decker SH, Spohn C, Tellis K. Condom use during sexual assault. J Forensic Leg Med. 2013; 20(6), 605-609. doi: 10.1016/j.jflm.2013.03.023.
39. Ford N, Venter F, Irvine C, Beanland RL, Shubber Z. Starter packs versus full prescription of antiretroviral drugs for postexposure prophylaxis: a systematic review. Clin Infect Dis 2015; 60(suppl_3), S182-S186. doi: 10.1093/cid/civ093.
40. Casalino E, Kenway P, Bouzid D, Goncalves S, Antoniol S, Radou L, ... Ghazali DA. Implementation of HIV-exposures triage strategy in emergency departments to improve nurse-triage for HIV-exposures: A pre-and post-intervention period study. Int Emerg Nurs. 2019; 47, 100786. doi: 10.1016/j.ienj.2019.100786.
41. O'Byrne P, Vandyk A, Orser L, Haines M. Nurse-led PrEP-RN clinic: a prospective cohort study exploring task-shifting HIV prevention to public health nurses. BMJ Open. 2021; 11(1): e040817. doi: 10.1136/bmjopen-2020-040817.
42. Organisation des nations unies (ONU). Task shifting: Global recommendations and guidelines. 2007. <https://www.aidshub.org/sites/default/files/resource/treat-train-retain-hiv-aids-task-global-recommendations-and-guidelines-2007.pdf>