

16

Accidents d'exposition au risque de transmission du VIH

Dès 1995, en France, la prise en charge des personnes après accident d'exposition professionnelle au sang était organisée [1, 2]. Elle faisait suite aux résultats d'une enquête cas-témoin montrant une réduction de 80 % du risque de contamination par le VIH après exposition percutanée parmi les soignants qui avaient pris de l'AZT. Dès lors qu'une prophylaxie par AZT avait montré son efficacité après une piqûre accidentelle chez des professionnels de la santé, la question s'est posée de savoir s'il était possible de recommander un traitement en cas d'exposition sexuelle ou par partage de matériel d'injection entre usagers de drogues intraveineuses. Un groupe d'experts français, mobilisés par le ministère de la Santé sur le diagnostic précoce de l'infection par le VIH [3], recommandait, malgré l'absence de certitude scientifique sur l'efficacité d'un traitement prophylactique en cas d'exposition non professionnelle, un protocole de traitement identique à celui défini pour le personnel soignant. Une circulaire du ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DGS/DH/DRT/DSS n° 98/338 du 9 avril 1998) recommande la mise en place d'un dispositif pour prendre en charge les personnes exposées à un risque de transmission du VIH que la nature de l'exposition soit percutanée, muqueuse, sexuelle ou sanguine. À la suite de cette circulaire, un dispositif sanitaire important a été mis en place en France afin de répondre à ces situations d'urgence.

Il semble important de rappeler la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au VIH et de faire des recommandations pour améliorer l'efficacité du dispositif mis en place. Les questions relatives à la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition aux virus des hépatites seront abordées dans une prochaine circulaire du ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

RAPPEL

Le risque lié à une exposition au VIH peut conduire à la prescription d'un traitement antirétroviral après exposition ou traitement prophylactique. Au moment où le traitement prophylactique se discute, dans les heures suivant l'exposition, le risque de contamination est potentiel. Le traitement proposé au vu de l'évaluation de ce risque doit durer un mois. Le traitement après exposition au VIH se distingue du traitement de la primo-infection, dont l'indication est discutée sur la présence de marqueurs virologiques.

Bien qu'il persiste des incertitudes concernant l'efficacité d'une telle prescription dans certains types d'exposition et malgré l'absence d'étude de pharmacovigilance, la commission de l'AMM de l'agence du médicament a émis un avis favorable quant au traitement antirétroviral après exposition à l'infection. Cet avis est assorti de la recommandation de mise en place d'une évaluation de l'efficacité de la prophylaxie, de la tolérance et de l'observance.

Deux remarques sont à ajouter :

- la prescription d'antirétroviraux dans ce cadre n'entre pas dans le cadre de la loi 88-1138 du 20 décembre 1988 modifiée, dite « loi Huriot », relative à la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale ;
- par dérogation à l'article L.162-17 du Code de la sécurité sociale, la prise en charge des antirétroviraux est assurée par l'Assurance-Maladie dans les mêmes conditions que dans les indications de traitement de l'infection par le VIH diagnostiquée.

Toute personne exposée à un risque que ce soit dans un cadre professionnel, par blessure, par pratique d'injections de drogue ou par relations sexuelles doit pouvoir être prise en charge.

Font l'objet de recommandations de traitement les situations qui peuvent être clairement documentées et où le risque d'infection peut être analysé. Un traitement antirétroviral après exposition doit être envisagé si possible dans les 4 premières heures et avant 48 heures suivant l'exposition au risque, en particulier si les conditions suivantes sont remplies :

- la personne source est atteinte d'une infection par le VIH ;
- le statut sérologique de la personne source est inconnu, mais il existe des arguments pour suggérer une infection par le VIH (tableau clinique évoquant une infection par le VIH, comportements à risque, forte prévalence de l'infection par le VIH parmi les patients de l'établissement hospitalier) ;
- la pratique exposante comporte un risque significatif de transmission du VIH.

Lorsque le risque d'infection ne peut être documenté, il est raisonnable de ne pas conseiller le traitement. Cependant, intervient en dernière instance la décision du médecin qui peut être amené à ne pas refuser une prescription au-delà des recommandations pour de multiples raisons (c'est dans ces situations que sont souvent prescrits des bithérapies). Il est alors essentiel que ce soit l'occasion d'un travail de prévention que le traitement après exposition ne saurait remplacer.

Si la connaissance du statut sérologique de la personne source est importante, sinon déterminante, cette sérologie ne peut être faite qu'avec son accord. Tout dépistage à l'insu ou contraint doit être proscrit.

ÉVALUATION DU RISQUE

L'évaluation du risque concerne les trois types d'exposition possibles.

Exposition accidentelle à du sang ou à un liquide biologique contenant du sang (grille 1)

Au 30 juin 1998, ont été recensés 42 cas d'infection professionnelle par le VIH chez le personnel de santé depuis le début de l'épidémie [4]. Parmi ces cas, 13 sont des séroconversions documentées et 29 des infections présumées. Une prophylaxie antirétrovirale avait été prescrite chez 6 soignants qui ont été contaminés, cependant on ne peut parler d'échec que dans 4 cas : 2 échecs de l'AZT, 1 échec à une bithérapie suivi d'une monothérapie à l'AZT et 1 échec à une trithérapie.

Un échec de la chimioprophylaxie malgré une quadrithérapie et une mise sous traitement très rapide a été récemment décrit [5].

Pour orienter la décision de traitement, les principaux éléments à prendre en compte sont les suivants :

- le délai depuis l'exposition ; dans le cas d'accidents professionnels, il est en général court ;
- la sévérité de l'exposition, le risque de transmission étant directement lié à la profondeur de la blessure et au type d'aiguille ou de matériel en cause ;
- la nature du liquide biologique en cause : seul le sang ou des liquides biologiques contenant du sang ont été à l'origine de cas prouvés de contamination professionnelle par le VIH ;
- le statut sérologique et clinique de la personne source (la période de primo-infection et un stade évolué de l'infection par le VIH augmentent le risque de contamination).

Grille 1 Évaluation du risque de transmission du VIH en cas d'exposition accidentelle à du sang ou à un liquide biologique contenant du sang

DOSSIER D'AIDE À LA DÉCISION DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE EXPOSITION RÉCENTE AU VIH	NATURE DE L'EXPOSITION. PROBABILITÉ DE TRANSMISSION EN CAS DE PIQÛRE : 3,2%		
	1. HAUT RISQUE : piqûre profonde avec une aiguille creuse provenant d'une voie veineuse ou artérielle		
	2. RISQUE INTERMÉDIAIRE : par exemple, coupure avec un bistouri à travers des gants ou piqûre superficielle avec une aiguille creuse provenant d'une voie veineuse ou artérielle		
	3. FAIBLE RISQUE : piqûre superficielle avec une aiguille de suture ou une aiguille creuse ayant servi à une intramusculaire ou sous-cutanée ; projection sur une muqueuse ou sur une peau lésée ; piqûre avec une seringue abandonnée		
	PRÉALABLE : LE DÉLAI ENTRE L'EXPOSITION ET LA CONSULTATION		
	Ce délai doit être inférieur à 48 heures		S'il est supérieur à 48 heures, le médecin doit organiser un dépistage précoce de l'infection
	ÉVALUATION DU RISQUE ET RECOMMANDATIONS		
	Personne source	Recommandations	Commentaires
	1. VIH +		
	a. Haut risque	Traitement recommandé	
b. Risque intermédiaire	Traitement recommandé		
• personne source présentant une pathologie opportuniste et/ou charge virale élevée	Traitement à discuter selon la nature précise de l'exposition	Contrôler la charge virale de la personne source au moment de l'accident	
• personne source asymptomatique et/ou charge virale faible	Traitement à discuter selon la nature précise de l'exposition		
c. Faible risque			
2. STATUT VIH INCONNU			
a. Argument pouvant suggérer une infection VIH chez la personne source*	Encourager la personne source à connaître son statut sérologique	Arrêt du traitement si la sérologie de la personne source s'avère négative	
• haut risque	Traitement recommandé		
• risque intermédiaire ou faible	Traitement à discuter		
b. Aucun argument ne pouvant suggérer une infection VIH chez la personne source*			
• haut risque	Traitement à discuter		
• risque intermédiaire ou faible	Pas de traitement		

* Les arguments devant faire penser à la possibilité d'une infection VIH sont un tableau clinique pouvant évoquer une primo-infection VIH, un déficit immunitaire sévère, la notion de comportement à risque ou une forte prévalence de l'infection VIH parmi les patients de l'établissement hospitalier.

Source : Dossier d'aide à la décision de la prise en charge d'une exposition récente au VIH. CRIPS/DGS/InVS.

Exposition sexuelle (grille 2)

- Les principaux éléments à prendre en compte sont les suivants :
- le délai entre l'exposition et la consultation ; une personne consultant au-delà de 48 heures sera plutôt orientée vers une démarche visant à un diagnostic précoce de l'infection ;
 - le statut du partenaire source vis-à-vis du VIH, notion primordiale pour évaluer le risque d'une exposition sexuelle, qu'elle soit hétérosexuelle ou homosexuelle ;
 - la recherche des facteurs pouvant aggraver le risque (stade de l'infection par le VIH) ;
 - la description détaillée de la pratique sexuelle exposante, qui permet de se référer à une hiérarchisation du risque ;
 - la présence d'infection ou de lésions génitales, la survenue de saignements au cours du rapport sexuel, le viol.

Exposition par partage de matériel d'injection chez les usagers de drogues (grille 3)

- Outre le délai entre l'exposition et la consultation, les principaux éléments à prendre en compte sont les suivants :
- la description de la pratique à risque. Elle a une valeur décisionnelle plus forte que la connaissance du statut du partenaire de partage, qui appartient de facto à un groupe à haut risque d'infection par le VIH ;
 - la présence de certains facteurs augmentant le risque d'infection, liés à la pratique de l'injection ou aux caractéristiques de l'usager (injection dans un cadre collectif, premier shoot, non rinçage de la seringue...).

Ces éléments d'appréciation du risque sont des outils proposés aux médecins qui jugent de l'opportunité d'un traitement en accord avec le patient.

STATUT SÉROLOGIQUE ET CLINIQUE DE LA PERSONNE SOURCE

Autant que possible, il faut prendre en compte le statut sérologique VIH de la personne source et son statut clinique. Quand il est connu comme infecté par le VIH, ses traitements actuels et antérieurs, son niveau immunitaire et sa charge virale doivent être pris en compte pour le choix d'un traitement prophylactique.

Grille 2 Évaluation du risque de transmission du VIH en cas d'exposition sexuelle

RAPPORT SEXUEL NON PROTÉGÉ AVEC UNE PERSONNE SÉROPOSITIVE		FACTEURS AGGRAVANT LE RISQUE DE TRANSMISSION
1. Anal réceptif* : ppa** [5 ‰–30 ‰]	Haut risque	– Infectiosité du partenaire (CD4<200, charge virale élevée, primo-infection, pathologie opportuniste en cours) – Infection et/ou lésion génitale chez la personne exposée ou son partenaire – Saignements au cours du rapport sexuel – Menstruations
2. Vaginal réceptif : ppa [0,3 ‰–0,7 ‰]		
3. Vaginal insertif* : ppa [0,2 ‰–0,5 ‰]		
4. Anal insertif : ppa [0,1 ‰–1,85 ‰]		
5. Oral réceptif ou insertif avec ou sans éjaculation	Faible risque	
PRÉALABLE : Rapport sexuel non protégé, accident de préservatif 48 heures Délai entre l'exposition et la consultation		
Ce délai doit être inférieur à 48 heures.		Si le délai est supérieur à 48 heures, le médecin doit organiser un dépistage précoce de l'infection
ÉVALUATION DU RISQUE ET RECOMMANDATIONS		
Statut du partenaire	Recommandations	Commentaires
1. VIH +		
a. Rapport sexuel à haut risque	Traitement conseillé	
b. Rapport sexuel à faible risque	Traitement à discuter si présence de facteurs aggravants	
2. STATUT VIH INCONNU		
a. Homosexuel, bisexuel, et/ou usager de drogue injectable	Encourager le partenaire à connaître son statut sérologique	Arrêt du traitement si sérologie du partenaire s'avère négative
• Rapport sexuel à haut risque	Traitement conseillé	
• Rapport sexuel à faible risque	Traitement à discuter si présence de facteurs aggravants	
b. Hétérosexuel multipartenaire et/ou originaire de zone à transmission hétérosexuelle prédominante***		
• Rapport sexuel à haut risque	Traitement à discuter si présence de facteurs aggravants	
• Rapport sexuel à faible risque	Pas de traitement	
c. Autre ou pas de renseignement		
• Rapport sexuel à haut risque	Traitement à discuter si présence de facteurs aggravants	
• Rapport sexuel à faible risque	Pas de traitement	
CAS PARTICULIER : VIOL	Considérer, en plus du type de rapport sexuel, les éléments spécifiques	Éléments spécifiques : – traumatisme psychologique – lésions muqueuses associées

* Rapport réceptif = avec pénétration par un partenaire atteint ; Rapport insertif = avec pénétration d'un(e) partenaire atteint(e).

** ppa = probabilité de transmission par acte.

*** Afrique sub-saharienne, Caraïbes, Asie du sud-est.

Source : Dossier d'aide à la décision de la prise en charge d'une exposition récente au VIH. CRIPS/DGS/InVS.

Grille 3 Évaluation du risque de transmission du VIH en cas de partage de matériel d'injection chez les usagers de drogue

<p>PRATIQUES D'INJECTION</p> <p>HAUT RISQUE : partage immédiat de la seringue et/ou de l'aiguille (probabilité de transmission : 6,7 ‰)</p> <p>RISQUE INTERMÉDIAIRE : partage différé d'une seringue Ou partage du produit à partir d'une même seringue</p> <p>FAIBLE RISQUE : partage du reste du matériel (Récipient, eau de rinçage, filtre, cotons ...)</p>	<p>FACTEURS AGGRAVANT LE RISQUE DE TRANSMISSION</p> <ul style="list-style-type: none"> – Injection dans un cadre collectif – Injection en 5^e > 4^e > 3^e position – Initiation : le premier « shoot » – Non rinçage de la seringue – Non nettoyage de tout le matériel 												
<p>PRÉALABLE : DÉLAI ENTRE L'EXPOSITION ET LA CONSULTATION</p> <p>Ce délai doit être inférieur à 48 heures</p> <p style="text-align: right;">S'il est supérieur à 48 heures, le médecin doit organiser un dépistage précoce de l'infection. Ici l'urgence est plus grande du fait d'une exposition parentérale</p>													
<p>ÉVALUATION DU RISQUE ET RECOMMANDATIONS</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Pratique d'injection</th> <th style="text-align: left;">Recommandations</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. HAUT RISQUE</td> <td>Traitement conseillé</td> </tr> <tr> <td>2. RISQUE INTERMÉDIAIRE</td> <td>Traitement à discuter si présence de facteurs aggravants</td> </tr> <tr> <td>3. FAIBLE RISQUE</td> <td></td> </tr> <tr> <td> <i>a. Au moins un des usagers de drogue par voie intraveineuse est VIH +</i></td> <td>Traitement conseillé</td> </tr> <tr> <td> <i>b. Autres situations</i></td> <td>Traitement à discuter si présence de facteurs aggravants</td> </tr> </tbody> </table>		Pratique d'injection	Recommandations	1. HAUT RISQUE	Traitement conseillé	2. RISQUE INTERMÉDIAIRE	Traitement à discuter si présence de facteurs aggravants	3. FAIBLE RISQUE		<i>a. Au moins un des usagers de drogue par voie intraveineuse est VIH +</i>	Traitement conseillé	<i>b. Autres situations</i>	Traitement à discuter si présence de facteurs aggravants
Pratique d'injection	Recommandations												
1. HAUT RISQUE	Traitement conseillé												
2. RISQUE INTERMÉDIAIRE	Traitement à discuter si présence de facteurs aggravants												
3. FAIBLE RISQUE													
<i>a. Au moins un des usagers de drogue par voie intraveineuse est VIH +</i>	Traitement conseillé												
<i>b. Autres situations</i>	Traitement à discuter si présence de facteurs aggravants												

Source : Dossier d'aide à la décision de la prise en charge d'une exposition récente au VIH. CRIPS/DGS/InVS.

Si le statut sérologique de la personne source n'est pas connu, il est important d'essayer de le rechercher, ce qui nécessite l'accord de la personne. En l'absence de données biologiques (recherche impossible, refus de la personne), ou dans l'attente des résultats, on se basera sur le contexte clinique et sur des arguments épidémiologiques pour décider d'un éventuel traitement.

Il convient également de prendre en compte les infections liées aux virus des hépatites : sérologie VHC et marqueur VHB chez la personne source. Si les statuts vis-à-vis des virus VHB et VHC n'est pas connu, il est important d'essayer de le rechercher, ce qui nécessite également l'accord de la personne source.

PROTOCOLE DE TRAITEMENT ET DE SUIVI

Si l'évaluation du risque conduit à proposer un traitement prophylactique par les antirétroviraux, il est recommandé de débiter

ce traitement le plus tôt possible, de préférence dans les heures qui suivent l'exposition. La limite de 48 heures semble raisonnable pour la recherche d'une efficacité maximale. Cependant, intervient en dernière instance la décision du médecin qui peut prescrire au-delà de ce délai. La durée du traitement sera de quatre semaines.

Dans tous les cas le médecin devra présenter aux patients les informations relatives à l'absence de données sur l'efficacité du traitement en cas d'exposition muqueuse ou par échange de matériel d'injection de drogue, au risque d'échec du traitement, aux risques d'effets secondaires des traitements, à l'importance de l'observance et à l'intérêt de la prévention dans la protection contre le VIH.

Un bilan initial sera réalisé. Le bilan initial est différent selon que la personne exposée est traitée ou non (tableau 16-1). En cas de possible exposition aux virus des hépatites, une sérologie VHC et les marqueurs de l'hépatite B seront réalisés. En cas d'exposition sexuelle, une attention particulière devra être portée aux questions relatives aux maladies sexuellement transmissibles.

Si nécessaire, un test de grossesse sera réalisé pour éliminer une contre-indication au traitement.

Enfin, il faudra recommander, à toute personne exposée, d'utiliser le préservatif pendant la période de possible primo-infection afin d'éviter toute transmission secondaire.

Le traitement sera toujours débuté sans attendre le résultat de la sérologie VIH de la personne source. Une sérologie VIH initiale chez la personne exposée sera systématiquement prescrite, elle permettra de revoir rapidement l'attitude thérapeutique en cas d'infection avérée préexistante.

Le choix du traitement à administrer sera fait au cas par cas, en tenant compte en premier lieu des critères de gravité et du traitement éventuellement reçu par la personne source, mais en faisant intervenir aussi l'acceptabilité du traitement par la personne exposée et les questions relatives à la tolérance (effets secondaires). Si la personne source est connue comme infectée par le VIH, le médecin devra tenir compte des traitements antirétroviraux qu'elle reçoit et qu'elle a reçu et de leur efficacité virologique. Si elle est en situation d'échec virologique, il est recommandé d'éviter de prescrire les traitements déjà prescrits.

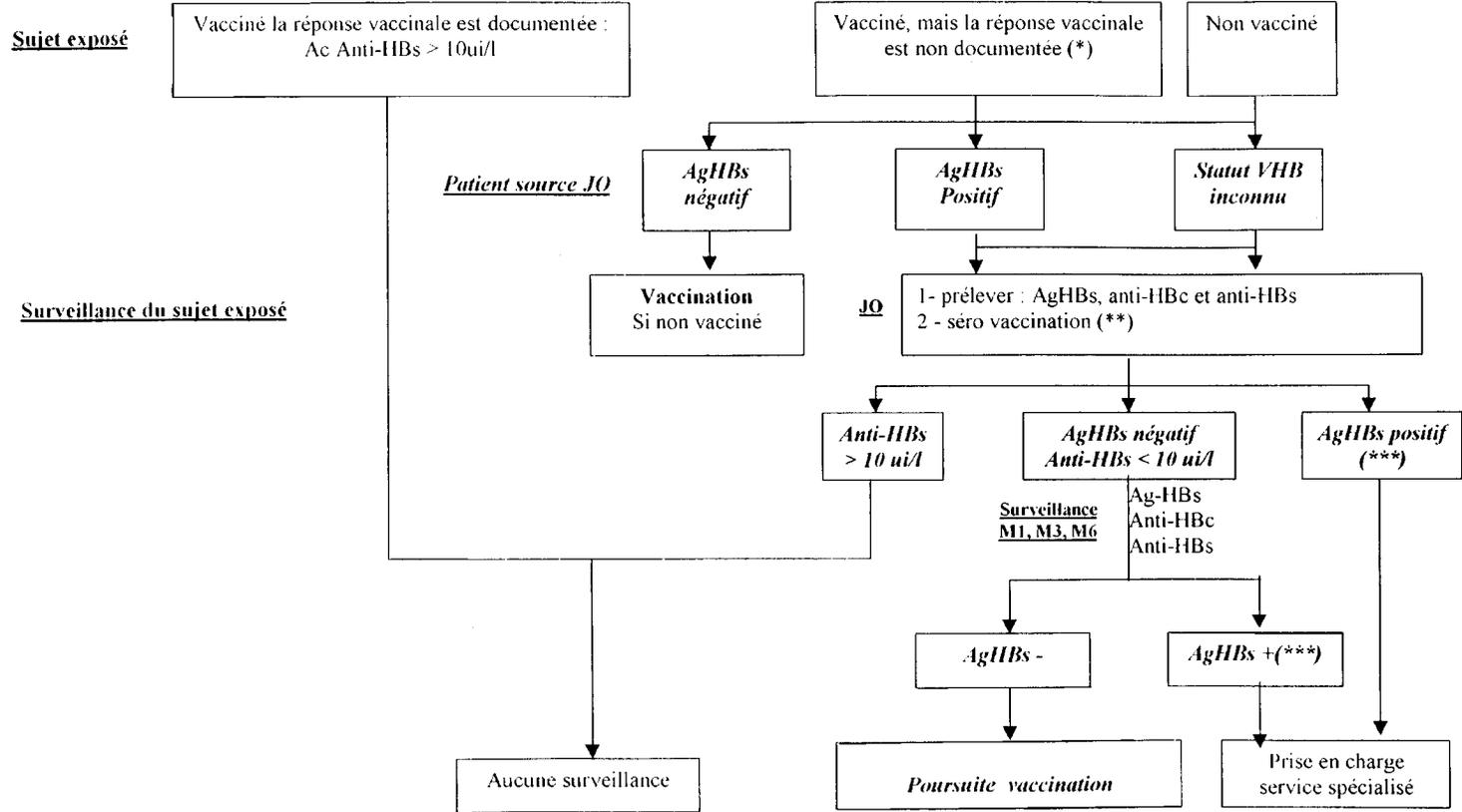
Plusieurs associations sont ainsi possibles, seule l'administration de l'AZT en monothérapie est contre-indiquée :

– association de deux inhibiteurs nucléosidiques (AZT ou d4T + ddl ou 3TC) et d'une antiprotéase (indinavir, nelfinavir ou autres). C'est l'association la plus connue qu'il est logique de recommander en priorité. On ne dispose cependant d'aucune donnée expérimentale ou clinique sur les effets d'un tel traitement dans cette indication ;

Tableau 16-1 Exposition au VIH. Bilan et suivi biologique

<p>Personne exposée ne recevant pas de traitement antirétroviral</p>	<p>Personne exposée recevant un traitement antirétroviral</p>
<p>Bilan initial dans les 48 premières heures</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sérologie VIH – Antigénémie VIH (si expositions multiples dans les 2 derniers mois) – Marqueurs de l'hépatite B (si risque hépatite B*) <ul style="list-style-type: none"> • dosage des anti-HBs si accidenté(e) vacciné(e) • antigène HBs, anticorps anti-HBs et anti-HBc si la personne est non vaccinée – Sérologie VHC (si risque hépatite C**) – Transaminases (si risque hépatite B ou C) 	<p>Bilan initial dans les 48 premières heures</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sérologie VIH – Antigénémie VIH (si expositions multiples dans les 2 derniers mois) – Marqueurs de l'hépatite B (si risque hépatite B*) <ul style="list-style-type: none"> • dosage des anti-HBs si accidenté(e) vacciné(e) • antigène HBs, anticorps anti-HBs et anti-HBc si la personne est non vaccinée – Sérologie VHC (si risque hépatite C**) – NFS – Transaminases + Autres selon antirétroviraux – Test de grossesse
	<p>Surveillance à S2 (traitement depuis 2 semaines)</p> <ul style="list-style-type: none"> – NFS – Transaminases + Autres selon antirétroviraux
<p>Surveillance à S4 (entre 3 et 6 semaines après l'exposition) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sérologie VIH – Antigénémie VIH ou ARN-VIH 	<p>Surveillance à S4 (= fin de traitement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – NFS – Transaminases + Autres selon antirétroviraux
	<p>Surveillance à S8 (entre 3 à 6 semaines après la fin du traitement)</p> <ul style="list-style-type: none"> – NFS (si anomalie à S4) – Sérologie VIH – Antigénémie VIH ou ARN-VIH
<p>Surveillance à S12 (3 mois après l'exposition)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sérologie VIH 	<p>Surveillance à S16 (3 mois après la fin du traitement)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sérologie VIH
<p>Surveillance M6 (si accident du travail)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sérologie VIH 	<p>Surveillance à M6 (si accident du travail)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sérologie VIH
<p>En plus du bilan initial,</p> <p>* si risque d'hépatite B (personne source Ag HBs+ ou inconnu et personne exposée Ac anti-HBs– ou inconnu) discuter Ig anti-HBs dans les 48 heures, vaccination, et surveillance transaminases et marqueurs</p> <p>** si risque d'hépatite C (exposition non sexuelle avec liquide biologique source hépatite C+ ou inconnu) prévoir surveillance transaminases + sérologie VHC et PCR-ARN-VHC qualitative si élévation des transaminases</p>	

Figure 16-1 Modalités de surveillance biologique après une exposition au VHB (d'après les recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France)



- association de deux inhibiteurs nucléosidiques (AZT ou d4T + ddl ou 3TC) et d'un inhibiteur non nucléosidique. Ses inconvénients sont ses effets indésirables fréquents et graves (en particulier au niveau cutané et hépatique) et la contre-indication formelle des INN chez la femme enceinte. L'avantage d'une telle association est le faible nombre de comprimés à prendre quotidiennement ;
- l'efficacité et la tolérance de trois IN (parmi AZT, d4T, ddl et 3TC) sont moins bien connues.

Les bithérapies pourraient être discutées lorsque des problèmes d'adhésion au traitement ou des problèmes de tolérance sont susceptibles d'être observés.

En tout état de cause, la décision des modalités de traitement appartient au médecin, au vu de l'analyse de l'ensemble des données dans chaque situation. Le médecin-référent, dans la mesure où il n'aurait pas lui-même prescrit la prophylaxie en urgence, réévalue cette prescription dans les 2 à 3 jours et juge de l'opportunité de poursuivre ou non le traitement pendant 4 semaines.

Il est souhaitable que la prescription initiale soit de durée limitée (1 à 2 semaines) et le suivi régulier pour surveiller la tolérance et exercer un soutien psychologique pour renforcer l'adhésion de la personne au traitement. Une observance parfaite est en effet nécessaire pour optimiser l'effet du traitement.

Les modalités de surveillance biologique [6] diffèrent si la personne exposée est traitée ou non. On doit également prendre en compte l'exposition aux virus des hépatite B et C (figures 16-1 et 16-2). En cas d'accident professionnel, la collaboration avec la médecine du travail doit être la plus étroite possible.



En milieu de soins la gestion d'un risque d'exposition au VHB devrait être une situation exceptionnelle, compte tenu de l'obligation vaccinale. Il est rappelé que le respect de cette vaccination doit être contrôlé par le directeur de l'établissement de soins ou de prévention. La présence d'anticorps pour le VHB est la garantie d'une immunisation durable. Il est donc indispensable que la preuve de l'immunisation, quelle que soit l'occasion du dépistage (accident, contrôle post-vaccinal), soit gardée dans le dossier de médecine du travail et remise au soignant afin qu'il puisse s'y référer et la produire en cas d'AES.

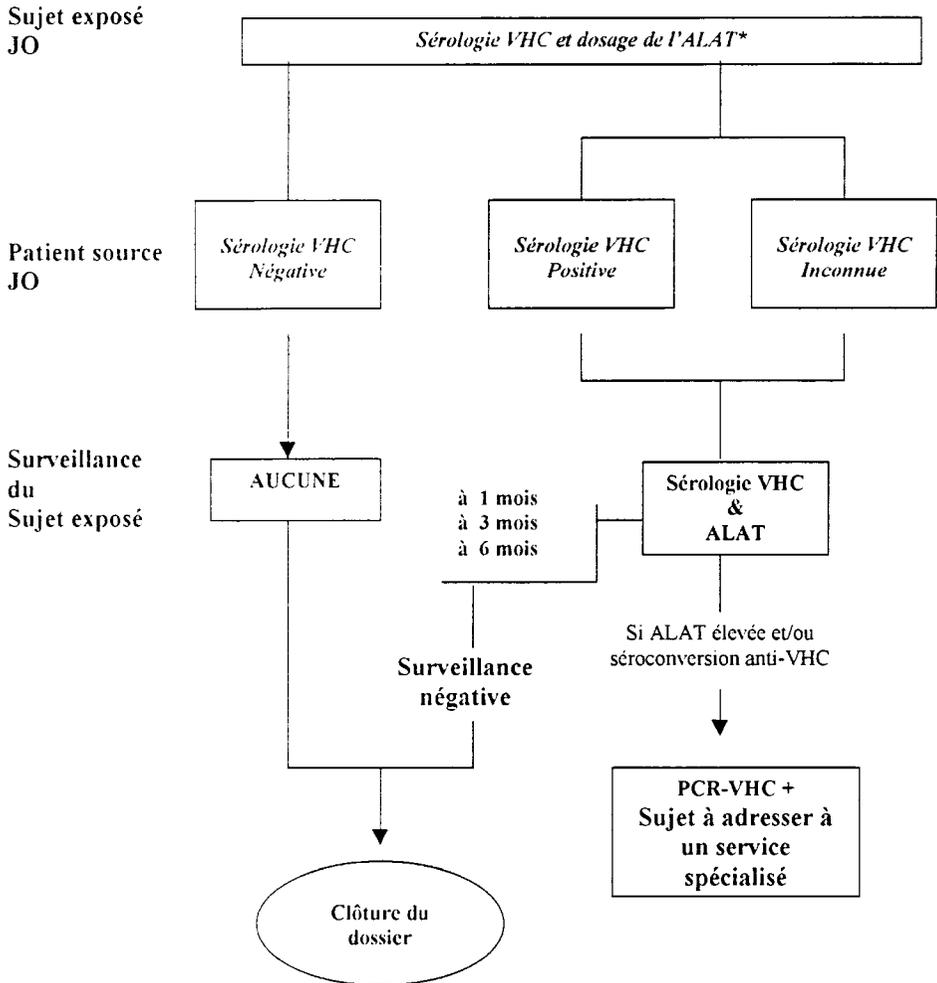
* Si le sujet exposé a été vacciné à l'âge de moins de 25 ans, aucune surveillance n'est recommandée.

** La sérovaccination (1 dose de vaccin HB et 500 UI d'IG anti-HBs le même jour en deux sites) est entreprise dès que possible après l'AES, sans attendre le statut sérologique du patient source.

*** À contrôler sur un second prélèvement.

- Suivi d'une personne non traitée. Afin d'affirmer l'absence d'infection, le suivi repose sur les examens suivants :
 - sérologie VIH initiale,
 - 3 à 6 semaines après l'exposition : sérologie VIH, dosage de l'antigénémie p24 ou ARN-VIH plasmatique si ce test est disponible,
 - la confirmation définitive de non-infection se fera trois mois après l'exposition par une dernière sérologie VIH (sauf pour les accidents du travail où elle sera également réalisée à 6 mois pour des raisons médico-légales).

Figure 16-2 Modalités de surveillance biologique après une exposition au VHC (d'après les recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France)



* Si la sérologie VHC est positive, le patient doit être adressé à un service spécialisé.

- Suivi d'une personne traitée. Afin de diagnostiquer une séro-conversion par le VIH qui se produirait malgré le traitement ou, à l'inverse, affirmer l'absence d'infection*, le suivi repose sur les examens suivants :
 - sérologie VIH initiale,
 - 3 à 6 semaines après l'arrêt du traitement : sérologie VIH, dosage de l'antigénémie p24 ou ARN-VIH plasmatique si ce test est disponible,
 - puis trois mois après l'arrêt du traitement, nouvelle sérologie VIH. Cette recherche supplémentaire s'explique par le risque potentiel de retard d'apparition des anticorps du fait du traitement. Pour les accidents du travail, elle sera également réalisée à 6 mois pour des raisons médico-légales.

L'incertitude entretenue par ces contrôles biologiques répétés nécessite un soutien psychologique pendant cette période d'attente.

ÉVALUATION

Dans un contexte de données limitées, d'une part sur l'efficacité des antirétroviraux dans cette indication, et d'autre part sur la tolérance et l'observance du traitement chez les personnes exposées, une évaluation nationale est proposée. Celle-ci sera gérée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Elle sera réalisée sur la base d'un questionnaire de déclaration à remplir pour toute personne venant consulter après un risque d'exposition au VIH. Quatre parties de déclaration sont disponibles et correspondent aux étapes successives de la prise en charge d'une personne exposée au VIH : consultation initiale, consultation à 1 mois, suivi sérologique dans les premiers 3 mois et suivi sérologique à 6 mois en cas d'accident du travail. L'InVS recommande pour des raisons épidémiologiques une surveillance à 6 mois. Les questionnaires seront complétés durant les consultations par les médecins des urgences, les médecins référents et/ou les médecins du travail et font office de dossier médical.

RECOMMANDATIONS

Quatre études françaises importantes, pour lesquelles des résultats préliminaires sont disponibles, apportent un éclairage impor-

* Une exploration virologique pendant le traitement a peu de chances de montrer l'infection.

tant sur la prise en charge et la chimioprophylaxie des personnes exposées au VIH [7-10].

D'une manière générale, il apparaît que :

- un dispositif de prise en charge se soit réellement mis en place en France, même s'il persiste des inégalités géographiques,
- le délai de mise sous chimiothérapie préventive est court dans les AES professionnels et globalement conforme aux recommandations ; il est plus long dans les accidents sexuels,
- la tolérance et l'observance semblent plutôt bonnes.

Cependant,

- le suivi, qu'il y ait ou non une prescription d'une chimioprophylaxie, est loin d'être satisfaisant,
- la chimioprophylaxie est souvent standardisée. Les informations sur la personne source sont insuffisamment connues, et de ce fait le traitement est insuffisamment adapté.

Il faut également signaler le nombre important de femmes enceintes exposées à un risque de transmission : 3,5 % dans l'enquête nationale du GERES [7].

Les actions à entreprendre ou à développer concernent d'une part la prise en charge des personnes exposées au risque d'infection et d'autre part le dispositif de prise en charge.

Recommandation concernant la prise en charge
des personnes exposées au risque d'infection

Obtenir rapidement le statut sérologique de la personne source

L'obtention rapide d'une sérologie VIH chez la personne source est susceptible d'éviter la mise sous traitement ou de permettre rapidement un arrêt de la chimioprophylaxie. Si les résultats des tests ELISA (qui est l'examen de référence) ne peuvent être obtenus rapidement, l'utilisation de tests « rapides » est possible et doit être disponible au sein des hôpitaux. Dans tous les cas les résultats devront être confirmés rapidement par un test ELISA classique.

Adapter la prescription – mettre à disposition les traitements antirétroviraux aux urgences hospitalières

Né de la première circulaire (kit AZT), le principe des kits est apprécié des médecins des urgences car standardisé. Ils représentent une aide importante pour les cliniciens face à des situations urgentes. Toutefois, ils se limitent pour la plupart à trois molécules et ne permettent donc pas au clinicien d'adapter sa

prescription au cas par cas, en particulier lorsque la personne source est traitée par antirétroviraux. C'est pourquoi il apparaît nécessaire de réaliser plutôt des trousse dans lesquelles seraient disponibles au moins 5 antirétroviraux en proposant cependant des schémas-types de traitement pour guider le clinicien. Ces schémas types doivent être élaborés avec le médecin-référent. Ces trousse doivent contenir un traitement pour un minimum de 72 heures afin de tenir compte des accidents survenus pendant le week-end.

Il faut souligner le danger du déconditionnement des IP, produits instables, qui peuvent perdre leur activité. Les pharmaciens hospitaliers chargés de préparer les trousse doivent donc porter une attention particulière à ce sujet. Le respect des recommandations des fabricants est donc fondamental.

Améliorer le suivi des personnes ayant eu recours au dispositif

Le constat d'un mauvais suivi, notamment après les accidents sexuels, est unanime.

Il convient donc de favoriser toute initiative visant à améliorer le suivi des personnes exposées à un risque de transmission du VIH. Toute personne ayant recours à une structure hospitalière suite à un accident exposant doit recevoir une brochure d'information sur les risques de contamination, les antirétroviraux, leurs effets secondaires, l'importance de l'observance et la nécessité du suivi avec le rythme des consultations attendues. Enfin les médecins doivent accorder une particulière attention à la question de l'observance du traitement et à l'intérêt de son suivi.

Être attentif aux risques de rupture de confidentialité

Compte tenu de la nature de certains accidents, il convient que tous les intervenants soient attentifs au respect du secret professionnel et à tout élément pouvant rompre la confidentialité. Certaines ruptures de confidentialité, liées à des bordereaux de remboursement des antirétroviraux par l'Assurance-Maladie, ont été rapportées.

Évaluer spécifiquement les risques professionnels pour les femmes enceintes et renforcer leur prévention

Lorsqu'un accident avec exposition à risque de transmission du VIH survient chez une femme enceinte, la femme doit être informée en toute objectivité, d'une part, des risques de transmission du VIH et d'autre part, de ceux liés à la prescription d'un traitement antirétroviral. L'avis du médecin-référent est recommandé.

Compte tenu des risques d'un traitement antirétroviral pour l'enfant, les femmes enceintes susceptibles d'être exposées professionnellement au VIH doivent être informées des risques et de la nécessité d'appliquer strictement les mesures de protection. Lorsque l'évaluation montre un risque élevé, le médecin du travail devrait pouvoir proposer des aménagements de poste. Mais le problème va bien au-delà du VIH : c'est le problème de l'ensemble des risques infectieux pour les soignantes enceintes qui est soulevé et qui mériterait une réflexion globale et des dispositions rendant possibles les aménagements des postes nécessaires.

Recommandations concernant les dispositifs de prise en charge

Former les médecins hospitaliers

Il convient de former, en priorité, les médecins référents. L'importance du rôle des CISIH en matière d'information et de formation des acteurs hospitaliers à l'échelon régional doit être rappelée et soulignée. Les médecins des urgences étant souvent les premiers consultés, leur formation à la prise en charge des personnes exposées à un risque d'infection est également fondamentale. Il convient, par ailleurs, de développer des formations au sein des établissements de santé sur la prévention des risques liés au sang et la conduite à tenir en cas d'accident. Il s'agit de diminuer certaines inégalités régionales dans l'accès au dispositif.

D'une manière générale, il est souhaitable que les recommandations sur la conduite à tenir en cas d'exposition au risque de transmission du VIH soient disponibles aux urgences de tous les établissements de santé et que les grilles d'aide à la décision et à la prescription soient affichées ou facilement accessibles.

Une attention toute particulière devra être portée aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles (circulaire DGS/DH n° 97/380 du 27 mai 1997) et à la formation des soignants chargés de l'accueil et de la prise en charge de ces victimes.

Améliorer la visibilité du dispositif

Même si le nombre de recours post-exposition est croissant dans les hôpitaux, le dispositif reste mal connu en dehors des établissements hospitaliers. Il s'agit donc de mieux le faire connaître auprès du public. Un effort particulier doit être réalisé en direction de certaines populations particulièrement exposées : les conjoints de partenaires infectés, les toxicomanes, les homosexuels à par-

tenaires multiples... Les services hospitaliers qui prennent en charge des patients infectés par le VIH doivent mettre à leur disposition des brochures d'information sur la conduite à tenir en cas d'exposition au VIH et au VHC.

Promouvoir, à travers le dispositif, les actions de prévention

Le dispositif ne doit pas se limiter à fournir une réponse thérapeutique, il doit être l'occasion de soutenir la personne en situation de stress et de renforcer les messages de prévention qu'il s'agisse de pratiques professionnelles ou sexuelles. Il est nécessaire de développer un dialogue sur les risques, de promouvoir la prévention du risque lié au sang et au sexe pour éviter que la chimioprophylaxie ne soit vécue comme une « pilule du lendemain ». Il apparaît souhaitable que les programmes de formation des médecins intègrent outre les questions relatives à la chimioprophylaxie, le « counseling » (accompagnement) et la prévention.

Points forts

En cas d'exposition à un risque d'infection, le choix du traitement antirétroviral doit se faire au cas par cas en tenant compte en premier lieu du type d'exposition, de sa sévérité et du traitement éventuellement reçu par la personne source. L'évaluation du risque d'infection ne doit pas se limiter à l'infection par le VIH et doit être élargie aux hépatites.

Il est recommandé :

- que des trousseaux contenant au moins cinq antirétroviraux soient mises à disposition des services d'urgences afin que les médecins puissent adapter au mieux leurs prescriptions,
- que l'évaluation du risque prenne en compte les infections par les virus des hépatites B et C.

BIBLIOGRAPHIE

1. Note d'information DGS/DH/DRT n°81 du 25 septembre 1995 relative aux mesures de prévention de la transmission du VIH chez les personnels de santé et à la conduite à tenir en cas d'accident exposant au sang ou un autre liquide biologique.
2. Prise en charge des personnes atteintes par le VIH. Rapport d'experts 1996 sous la présidence de J. Dormont. Flammarion Médecine-Science, Paris, 1996.

3. Rapport du groupe de travail sur le diagnostic précoce de l'infection par le VIH au directeur général de la santé. Février 1998. Ministère de l'emploi et de la solidarité – Secrétariat à la santé.
4. Infections professionnelles par le VIH en France chez le personnel de santé – Le point au 30 juin 1998. F. Lot, A.C. de Benoist et D. Abiteboul. BEH n° 18/1999.
5. PERDUE B. et al. HIV-1 transmission by a needle-stick injury despite rapid initiation of four drug postexposure prophylaxis. Abstract 210. Chicago 1999.
6. ROUZIOUX C. Suivi des marqueurs virologiques après exposition. Colloque « les accidents d'exposition au VIH ». Colloque BMS du 11 mars 1999 à Paris.
7. Prise en charge et chimioprophylaxie des expositions au VIH à l'AP-HP – Premier bilan 1997-1998. Direction de la politique médicale.
8. Pratiques de chimioprophylaxie après AES chez les personnels soignants dans 155 hôpitaux français en 1998 – résultats préliminaires. A. Tarentola et coll. Colloque « les accidents d'exposition au VIH ». Colloque BMS du 11 mars 1999 à Paris.
9. PROVOT M.H. Prise en charge des expositions sexuelles accidentelles au VIH : l'expérience de l'hôpital Bichat-Claude Bernard. Colloque « les accidents d'exposition au VIH ». Colloque BMS du 11 mars 1999 à Paris.
10. DEBAB Y. et al. Prise en charge des AES dans 22 CHU. Colloque « les accidents d'exposition au VIH ». Colloque BMS du 11 mars 1999 à Paris.