

17

Prise en charge des situations d'exposition au risque viral chez l'adulte ¹

La mise en œuvre des recommandations de traitement postexposition (TPE) repose sur un dispositif hospitalier, défini dans ses objectifs et son organisation par la circulaire du 13 mars 2008 [1]. Il permet l'accès rapide au traitement mais aussi la prise en charge globale et la prévention des situations d'exposition au risque viral («AEV» : accident exposant au risque de transmission virale).

Le dispositif actuel repose essentiellement sur des structures hospitalières auxquelles on peut accéder en permanence mais dont la qualité de l'accueil et les capacités de compréhension et d'empathie sont parfois mises en cause par les utilisateurs et les associations de patients. Il comporte les consultations de maladies infectieuses ou de médecine avec une orientation ou une expertise en maladies infectieuses, les consultations de dépistage anonyme et gratuit et, en dehors des heures ouvrables, les services d'accueil des urgences. L'évolution actuelle de l'épidémie et l'emphasis mise récemment sur le rôle du traitement antirétroviral dans la prévention de la transmission devraient conduire à élargir ce dispositif à des structures non hospitalières amenées à accueillir des personnes récemment exposées, en particulier les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH).

Le rôle des COREVIH dans la coordination, l'évaluation, la formation et l'adaptation du dispositif doit être réaffirmé. Ils devraient participer à la diffusion de l'information afin que toute personne potentiellement exposée à un risque viral (couples sérodifférents, comportements à risque) connaisse l'existence du dispositif, la possibilité d'accès à une intervention thérapeutique et la nécessité de consulter avec le partenaire. Il apparaît, en effet, que si le dispositif est bien connu des personnels soignants, il est peu connu des personnes infectées par le VIH et de certaines populations à risque élevé comme les migrants et les personnes incarcérées.

Le dispositif de prise en charge et son évaluation

Le dispositif d'accès au TPE fait intervenir des acteurs multiples, médecins infectiologues, médecins urgentistes, pharmaciens, médecins généralistes, avec des compétences diverses et des interventions à des temps différents, ce qui nécessite impérativement une articulation fondée sur des procédures préétablies, garantes de la qualité et de la sécurité des soins. Aux heures ouvrables, le dispositif repose sur les structures de consultations externes des hôpitaux qui assurent habituellement la prise en charge des personnes infectées par le VIH (dont certaines CDAG hospitalières). En dehors des heures ouvrables, le dispositif repose sur les services d'accueil des urgences. Il est également prévu que les urgentistes puissent, dans les cas de décision difficile (évaluation du risque ou choix du traitement si le sujet source est sous antirétroviraux), solliciter par téléphone l'avis d'un médecin référent. Les médecins des UCSA (unités de consultation et de soins ambulatoires implantées en milieu pénitentiaire), des établissements psychiatriques et des urgences médico-judiciaires doivent également être informés de la conduite à tenir en cas d'AEV.

1. La spécificité de la prise en charge des accidents d'exposition virale des enfants justifie que des recommandations particulières soient émises. Ces recommandations figurent en annexe du chapitre «Prise en charge des enfants et adolescents infectés par le VIH», p. 208.

Le dispositif a prévu une prescription initiale dans le cadre de l'urgence, et une réévaluation du bien-fondé et de l'innocuité de celle-ci dans les 48-96 h par un médecin référent pour le TPE, le plus souvent dans un service prenant en charge les patients infectés par le VIH. La prise en charge doit être globale et prendre en compte les risques liés au VHB et au VHC, comme cela est précisé dans la circulaire de 2008 [1].

Certains éléments contribuent au bon fonctionnement du dispositif

- Les consultations de spécialité accueillant habituellement les patients infectés par le VIH doivent assurer un accueil des personnes exposées au VIH sans nécessité de rendez-vous préalable, pendant les horaires normaux de fonctionnement de la consultation.
- Lorsqu'une consultation de dépistage existe dans l'hôpital, son rôle (aux périodes d'ouverture de la structure) dans la prise en charge initiale des expositions sexuelles et dans le suivi doit être encouragé et précisé.
- L'implication des services d'accueil des urgences doit être facilitée. Des formations spécifiques sont indispensables afin d'assurer un accueil de qualité et une prise en charge globale optimale qui doit être assurée par un senior. Le degré de priorité doit être connu ; s'il y a indication de traitement, il devra être commencé au plus tôt, idéalement dans les 4 heures suivant l'exposition. Les conditions de consultation, le respect de la confidentialité, la nécessaire empathie des soignants, doivent être rappelés.
- Des procédures écrites doivent être diffusées auprès des différents personnels. Elles doivent préciser les modalités d'accès au dispositif, les critères ou les éléments d'orientation dans la décision thérapeutique, les modalités d'orientation pour le suivi clinique et biologique.
- La mise à disposition de tests de diagnostic rapide (TDR) dans les laboratoires des hôpitaux disposant d'un SAU paraît indissociable d'une stratégie de qualité de la prescription antirétrovirale.
- Enfin, il faut insister sur la prise en charge globale du patient, sur le *counseling*, la prise en charge psychologique et sociale, et celle des autres infections sexuellement transmissibles. Il a été montré que, pour des personnes à risque élevé, des entretiens répétés et plus ciblés sur les comportements sexuels à risque réduisaient les risques de contamination.

Certaines évolutions devraient améliorer et élargir le recours au dispositif

- L'accès aux TDR devrait être possible dans toutes les structures, y compris non hospitalières, amenées à accueillir des personnes récemment exposées.
- La possibilité d'impliquer des structures extra-hospitalières pour l'initiation et le suivi doit être envisagée. L'élargissement du dispositif pourrait concerner les CDAG, les CIDDIST et des cabinets de médecine générale impliqués dans la prise en charge de patients infectés par le VIH, en particulier ceux situés à proximité des lieux de rencontre gays. L'organisation d'une telle prise en charge suppose la disponibilité d'antirétroviraux sous forme de kits de traitement d'urgence pour quelques jours et pourrait se faire en lien avec les établissements hospitaliers référents de proximité. Les hôpitaux référents pourraient coordonner la formation des intervenants, et la mise à disposition et la traçabilité des kits délivrés dans ces consultations avancées.
- La qualité et la sécurité des soins proposés aux personnes consultant après une exposition potentielle au VIH doivent faire l'objet d'une évaluation menée sous l'égide du COREVIH correspondant, en utilisant par exemple le référentiel élaboré par la SFLS (www.sfls.aei.fr/epp/sfls-organisme-agree-epp-referentiels-criteres.asp).
- Les kits d'urgence doivent impérativement être disponibles dans l'UCSA de chaque établissement pénitentiaire. L'information des personnes incarcérées et des personnels soignants et pénitentiaires doit être assurée sur l'existence et l'utilisation de ces kits.

- Un rapport récent [2] s'inquiète de l'insuffisance d'utilisation du dispositif et des prophylaxies postexposition. On dispose de peu de données permettant de conforter cette appréciation [3, 4]. L'évolution en termes de nombre de recours, taux de prescription, suivi et prescription effective des traitements postexposition est inconnue. Le document de recueil des informations créé par l'InVS permettait une standardisation de la collecte des informations pertinentes facilitant ainsi la décision thérapeutique et l'orientation ultérieure des patients vers des filières adaptées de soins. Depuis plusieurs années, ce dispositif de suivi n'est plus opérationnel même si nombre d'établissements utilisent toujours ce document ou sa version informatisée dans NADIS pour réaliser le suivi. En l'absence de données, il est impossible d'évaluer l'impact des différentes recommandations sur les prescriptions de TPE, ni de mesurer les échecs éventuels du traitement postexposition.

Place des services d'urgences dans le dispositif

Plus de 17 millions de consultations d'urgences ont eu lieu en 2009, dont plus de 3 millions en Île-de-France, sans possibilité de connaître la part des consultations pour AEV. En Île-de-France (données du réseau cyberurgences), sur la base de données issues de 50 services d'urgences, plus de 5 000 AEV ont conduit à un recours à un service d'urgences en 2009. On ne dispose pas de données sur le type des accidents ni le nombre de traitements proposés. Sur la base des données issues de 20 services d'urgences dont le codage est réalisé depuis au moins quatre ans, on constate une augmentation du nombre de recours aux urgences pour AEV (passant de 9 à 18 p. 1 000 entre 2004 et 2009).

L'analyse des AEV vus aux urgences de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard montre que cette augmentation a concerné uniquement les accidents d'exposition au sang (AES), c'est-à-dire les accidents concernant les soignants. Les usagers de drogue par voie intraveineuse consultent exceptionnellement pour ce motif (< 1 % des consultations pour exposition au VIH). Le taux de prescription des antirétroviraux reste stable (51 % en 2003 et 51 % en 2009) mais varie en fonction du type d'exposition. La pertinence des prescriptions est difficile à évaluer, mais, sur la base des dossiers examinés en 2008 et 2009, 30 % à 50 % des prescriptions ne sont pas en accord avec les recommandations. Il existe une surprescription du TPE notamment pour les expositions sexuelles avec un partenaire inconnu.

Le traitement postexposition (TPE)

Mise en garde : transmission sexuelle et charge virale

Le risque de transmission sexuelle du VIH est lié à la présence de virus dans les sécrétions génitales. Malgré un traitement antirétroviral puissant et efficace administré au long cours, le VIH peut y rester détectable, même si la charge virale plasmatique est indétectable. Le risque de transmettre le virus par voie sexuelle peut donc persister.

La primo-infection VIH et les stades précoces de l'infection sont associés à des niveaux élevés de charge virale dans tout l'organisme, y compris dans les compartiments génitaux masculins et féminins. Une étude a montré que 43,8 % des nouvelles transmissions observées chez des couples sérodifférents survenaient dans les 6 à 15 mois après la séroconversion du partenaire source.

Information de la personne exposée

Les personnes exposées doivent être informées des risques infectieux VIH et autres, des modalités du TPE, des incertitudes sur son efficacité (en particulier s'il n'est pas commencé dans les premières heures), des effets indésirables et des interactions possibles, au mieux à l'aide de brochures. Il faut avertir la personne exposée que le TPE, même administré dans les suites immédiates d'une exposition, est susceptible de réduire le risque d'infection VIH sans toutefois totalement le supprimer (des échecs ont été recensés). Il convient d'expliquer et de recommander l'utilisation de préservatifs pendant la période possible

d'infection, et d'indiquer aux personnes ayant présenté un AEV qu'elles doivent s'exclure du don du sang jusqu'à connaissance du statut sérologique définitif.

Évaluation du risque de transmission en fonction de la nature de l'exposition (tableau 1 p. 357)

Dans tous les cas le délai entre l'exposition et le moment de la prise en charge devra être précisé et pris en compte.

Accidents d'exposition au sang

Pour le personnel de santé, il convient de déterminer le niveau de risque en notant la profondeur de la blessure et le type de matériel en cause. Le risque est important en cas d'accident avec une aiguille de prélèvement veineux ou artériel contenant du sang. Le risque est intermédiaire s'il implique une aiguille préalablement utilisée pour une injection sous-cutanée ou intramusculaire, ou une aiguille pleine (par exemple une aiguille à suture). Il est encore plus faible en cas de projection cutané-muqueuse. Le risque est minimisé en cas de piqûre au travers de gants.

Accidents d'exposition sexuelle

Il existe un gradient dans le risque de transmission du VIH en fonction du type de pratique, allant d'un risque minimal en cas de fellation à un risque maximal en cas de rapport anal réceptif (tableau 1). L'éjaculation du partenaire infecté représente un facteur de risque supplémentaire de contamination, mais d'autres facteurs sont à prendre en compte.

En ce qui concerne le partage de matériel d'injection

Il convient de préciser le type de matériel en cause et l'ordre dans lequel les différents usagers se sont injecté le produit.

Évaluation du risque de transmission en fonction du statut sérologique de la personne source

Il est essentiel d'essayer d'obtenir des informations concernant le statut sérologique VIH du sujet source et, en cas de séropositivité, le stade clinique, le taux de lymphocytes CD4 et surtout la charge virale plasmatique VIH de même que la nature des traitements antirétroviraux antérieurs et en cours ainsi que leur efficacité virologique.

- Si le patient source est connu comme infecté par le VIH, traité et avec une charge virale indétectable depuis plusieurs mois, le risque de transmission par voie sanguine et sexuelle est très faible voire nul. Cependant, la certitude que la charge virale est toujours inférieure au seuil de détection le jour de l'accident est une information qui n'est disponible qu'*a posteriori*. L'initiation d'un TPE dans l'attente de disposer de cette information est donc légitime.
- Si le patient source est connu comme infecté par le VIH et non traité, un TPE doit être proposé, que l'exposition soit sanguine ou sexuelle.
- Si le statut sérologique VIH du sujet source n'est pas connu, il faut, avec son accord (hormis les cas où ce consentement ne peut être exprimé), réaliser une sérologie VIH en urgence.
- Si le statut sérologique du sujet source ne peut être obtenu et s'il appartient à un groupe à haute prévalence VIH, un TPE doit être systématiquement proposé dans les heures qui suivent l'exposition. On gardera à l'esprit qu'un test rapide fait chez un patient source en primo-infection peut être pris en défaut.

Décision de mise en route d'un traitement postexposition TPE

L'indication du TPE est posée en prenant en compte le rapport entre le bénéfice escompté et le risque d'effets indésirables liés au traitement. Le TPE doit être réservé aux situations à risque identifiable de transmission du VIH. Par ailleurs, il convient de savoir écouter avec

empathie la demande d'une personne qui exprime le souhait de recevoir un TPE alors que la situation ne semble pas le justifier et d'apporter toute argumentation de nature à apaiser l'inquiétude et à éviter des mises sous traitement injustifiées.

Modalités de prescription du TPE et choix des médicaments

Il est essentiel de faire comprendre que si le TPE est efficace, il l'est d'autant plus que le délai d'administration est court. Il faut donc s'efforcer de raccourcir au maximum ce délai et de commencer le traitement dans les 4 premières heures qui suivent l'exposition. Il peut être initié au plus tard jusqu'à 48 h après l'exposition mais son efficacité en est réduite.

Ainsi, le TPE doit être accessible dans chaque service d'accueil des urgences et dans les sites hospitaliers chargés des populations exposées telles les UCSA. Il est recommandé de prévoir des kits de traitement d'urgence si la dispensation des antirétroviraux n'est pas réalisée 24 h sur 24 sur le site de prise en charge, en quantité suffisante pour 3 jours de traitement.

Chez l'adulte, le TPE comporte une trithérapie (deux INTI et un IP/r). Du fait du risque de survenue d'effets indésirables graves, il est recommandé de ne pas utiliser l'abacavir, la névirapine ou l'efavirenz. Concernant les INTI, l'association ténofovir + emtricitabine (Truvada® un comprimé par jour) est recommandée. L'association zidovudine + lamivudine (Combivir® 1 comprimé 2 fois par jour) peut être utilisée en particulier en cas d'atteinte rénale préexistante ou de grossesse en cours. Parmi les IP/r, lopinavir/r en forme sèche, à raison de 2 comprimés matin et soir (Kaletra®) associé au Truvada® a été considérée comme l'association la mieux tolérée dans cette indication et peut être recommandée en première intention dans la plupart des cas [8]. L'atazanavir/r, en une fois par jour, associé à deux INTI a aussi été évalué en termes de tolérance, laquelle apparaît moins bonne en raison de la fréquence des ictères ou subictères parfois difficiles à accepter par les sujets traités. Le darunavir n'a pas été évalué dans cette indication. Enfin, l'utilisation de raltégravir n'est pas recommandée actuellement. On dispose d'une seule étude de son utilisation en association avec deux INTI, où elle s'est avérée bien tolérée chez la plupart des sujets [9]. Il devrait être évalué en France. Le recours à des inhibiteurs du CCR5 (Maraviroc®) dans cette indication n'est pas approprié.

Lorsque le sujet source connu est infecté par le VIH, le choix du traitement antirétroviral se fera au cas par cas. Un recours au médecin référent VIH s'impose : le TPE de la personne exposée sera, dans la mesure du possible, adapté à l'historique des traitements antirétroviraux reçus par le patient source. On s'aidera, si nécessaire, des tests génotypiques de résistance antérieurs. Pour cela, il est recommandé de disposer d'un panel de médicaments antirétroviraux suffisamment large. On peut éventuellement prescrire le traitement du patient source si celui-ci est en succès virologique. Cette alternative doit tout particulièrement être envisagée en amont de tout accident lors d'un entretien entre un patient (source potentielle de transmission), son médecin et son partenaire séronégatif. Une telle automédication peut être utilisée, en urgence, dans les suites d'une rupture de préservatif, mais doit être limitée à quelques prises initiales, avant la consultation auprès d'un médecin référent.

D'autres éléments sont importants à prendre en compte pour la prescription et le choix des traitements ; ils nécessitent un avis spécialisé : grossesse ou prise de traitements connus pour interagir avec les antirétroviraux (contraceptifs oraux, antimigraineux, antiépileptiques, antivitaminés K, benzodiazépines, traitement de substitution...). Enfin, le choix du TPE (médicaments utilisés, nombre de prises, effets indésirables potentiels) peut être adapté aux conditions de vie de la personne à traiter.

Le TPE est initialement prescrit pour une durée de 48 à 96 h, à l'issue desquelles le patient est revu par un médecin référent VIH. Ce dernier pourra être amené à modifier le schéma thérapeutique, voire à l'interrompre selon le contexte : résultat négatif de la sérologie VIH ou charge virale indétectable confirmée du patient source, réévaluation du risque, mauvaise tolérance. Si le médecin référent décide la poursuite du traitement, il reconduira la prescription pour une durée totale de 28 jours. Un suivi est nécessaire pendant la

durée du traitement, une évaluation de la tolérance et un bilan sanguin étant en particulier recommandés vers J15.

Le suivi après AEV (tableau 2 p. 358)

En cas de traitement, le suivi est assuré par un médecin référent. Un examen clinique et un bilan biologique de tolérance du traitement sont réalisés avant la prescription initiale, puis répétés 2 et 4 semaines après. Lors du suivi, on recherchera tout particulièrement les signes cliniques d'une primo-infection VIH. En cas de sérologie confirmée négative chez le sujet source, et hors situation évocatrice de primo-infection chez lui, il est inutile de poursuivre le traitement et la surveillance. La nécessité d'un suivi médical et sérologique doit être discutée en fonction du statut non seulement VIH mais aussi VHC, voire VHB de la personne source. La surveillance devra respecter la confidentialité tant pour le soignant que pour le patient. Elle devrait être réalisée par le médecin du travail pour les accidents professionnels (AES) et en consultation de médecine pour les expositions non professionnelles.

Dans le contexte d'un accident du travail (AES)

En ce qui concerne le VIH, si le patient source est séronégatif pour le VIH, il est inutile d'effectuer une surveillance, sauf en cas de risque de primo-infection chez la personne source. Si le patient source est séropositif ou de statut inconnu, une surveillance sérologique est réalisée jusqu'à la sixième semaine en l'absence de prescription d'un TPE et jusqu'au quatrième mois en cas de prescription d'un TPE. Actuellement, un contrôle sérologique tardif reste indiqué à M3 ou M4 dans le contexte de la réglementation.

En ce qui concerne le VHC, le suivi sera effectué si le patient source est infecté par le VHC et virémique (PCR positive) ou de statut sérologique VHC inconnu. Un traitement antiviral VHC n'est pas recommandé en postexposition. L'important est de dépister rapidement une éventuelle séroconversion qui serait une indication à un traitement anti-VHC. Le suivi comporte une sérologie à J0, une PCR-VHC qui pourra être réalisée à S6 en l'absence de prescription d'un TPE (à faire concorder avec la réalisation de la sérologie VIH de contrôle) ou à J28 (M1) en cas de prescription d'un TPE (à faire concorder avec le dernier bilan sanguin de suivi de la tolérance du TPE) et une sérologie VHC à M3 ou M4 selon le suivi VIH.

En ce qui concerne le VHB, il n'y a le plus souvent aucun suivi nécessaire, quel que soit le statut du patient source, car la plupart des personnels de santé sont vaccinés et répondent à la vaccination (anticorps anti-HBs > 10 UI/L).

Une sérovaccination par immunoglobulines anti-HBs et une injection d'une dose de vaccin doivent en revanche être proposées dans les 72 h aux non-vaccinés. L'usage des immunoglobulines seules est indiqué en aval d'un AEV chez une personne identifiée comme non répondeuse à la vaccination VHB.

Dans le contexte d'une exposition sanguine non professionnelle

La conduite à tenir est identique à celle de l'exposition professionnelle.

Dans le contexte d'une exposition sexuelle

Le suivi VIH dure 4 mois ou 6 semaines selon qu'il y a eu traitement ou non. Il n'est pas recommandé de faire un suivi VHC sauf en cas de contact traumatique et/ou sanglant. Le risque VHB étant beaucoup plus important, il faut proposer largement la vaccination, dont la première administration peut être associée à une injection d'immunoglobulines (dans un autre site d'injection) en cas de contact VHB documenté (vaccination à commencer dans les 72 h suivant l'exposition, ce qui peut laisser le temps de récupérer les résultats des sérologies pratiquées à J0 pour étayer la conduite à adopter).

Points forts

- Les urgences hospitalières sont en première ligne du dispositif de prise en charge des AEV.
- Les situations d'exposition à faible risque (sanguin ou sexuel) au contact de patients traités et à charge virale indétectable peuvent faire discuter l'arrêt du traitement antirétroviral.
- Le suivi des sérologies virales (VIH et VHC) est allégé par rapport à 2008.

Le groupe d'experts recommande :

- aux COREVIH, de participer à l'organisation du dispositif et à son évaluation et de mettre en place des commissions spécifiques chargées de coordonner ces actions;
- en l'absence de traitement antirétroviral, de réduire à 6 semaines la durée de suivi des AEV non professionnels, selon les recommandations de la HAS;
- d'élargir la prise en charge des AEV dans des lieux non hospitaliers, en coordination avec un établissement de proximité référent pour le VIH;
- de s'assurer de la disponibilité de kits d'urgence dans toutes les UCSA, de la formation des personnels soignants et pénitentiaires et de l'information des personnes incarcérées;
- de raccourcir le suivi de l'exposition au VHC en ayant recours à la PCR-VHC;
- de prescrire préférentiellement l'association ténofovir-emtricitabine-lopinavir/ritonavir – sauf circonstances particulières.

Tableau 1. Évaluation du risque et indications de la prophylaxie postexposition vis-à-vis du VIH chez l'adulte

ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG		
	Patient source	
Risque et nature de l'exposition	Infecté par le VIH	De sérologie VIH inconnue
Important : – piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artériel ou veineux)	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
Intermédiaire : – coupure avec bistouri – piqûre avec aiguille IM ou SC – piqûre avec aiguille pleine – exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 minutes Morsures profondes avec saignement	Prophylaxie recommandée*	Prophylaxie non recommandée
Minime : – autres cas – piqûres avec seringues abandonnées – crachats, morsures légères ou griffures	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée
EXPOSITIONS SEXUELLES		
	Patient source	
Risque et nature de l'exposition	Infecté par le VIH	De sérologie inconnue
– Rappports anaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée si 1. Si rapport homosexuel masculin quel que soit le résultat du TDOR = prophylaxie recommandée.
– Rappports vaginaux	Prophylaxie recommandée*	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque ^{1*}
– Fellation	Prophylaxie recommandée*	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque ^{1*}
EXPOSITIONS CHEZ LES USAGERS DE DROGUE		
	Patient source	
Risque et nature de l'exposition	Infecté par le VIH	De sérologie inconnue
Important : – partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
Intermédiaire : – partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée

* AES ou exposition sexuelle (rapport vaginal ou fellation). Dans le cas d'un patient source connu comme infecté par le VIH, suivi et traité, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, le TPE pourra être interrompu à 48-96 h lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale du patient source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

(1) Notion de personne source à risque :

- usager de drogue par voie intraveineuse;
- homme homosexuel et/ou bisexuel;
- personne appartenant à un groupe dans lequel la prévalence de l'infection est supérieure à 1 %.

Notion de situation à risque :

- prise de substances psychoactives;
- partenaires sexuels multiples.

Dans les autres cas d'exposition, les experts considèrent que le rapport bénéfice/risque d'un TPE est insuffisant pour justifier de sa prescription.

Tableau 2. Suivi biologique de la personne exposée aux virus VIH, VHC, VHB

	AES traité	AES non traité	Exposition sexuelle traitée	Exposition sexuelle non traitée
J0	NFS, ALAT, créatinine, Test de grossesse Sérologie VIH, VHC Anticorps anti-HBs si vacciné sans taux connu	Sérologie VIH, Sérologie VHC + ALAT Anticorps anti-HBs si vacciné sans taux connu	NFS, ALAT, créatinine Test de grossesse, Sérologie VIH, Anticorps anti-HBs ou dépistage par anti-HBc. TPHA, VDRL	NFS, ALAT, Sérologie VIH, Anticorps anti-HBs ou dépistage par anti-HBc. TPHA, VDRL
J15	NFS, ALAT créatinine si ténofovir	Pas de bilan biologique	NFS, ALAT créatinine si ténofovir	Pas de bilan biologique
J30	NFS, ALAT créatinine si ténofovir PCR-VHC si PCR-VHC+ chez le patient source	Pas de bilan biologique	NFS, ALAT créatinine si ténofovir TPHA/VDRL Chlamydia	Pas de bilan biologique
S6	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH PCR-VHC + ALAT si PCR-VHC + chez le patient source	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH TPHA/VDRL Chlamydia
M2	Sérologie VIH	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH	Pas de bilan biologique
M3	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répon- deur ou non vacciné	Pas de bilan biologique	Anti-HBc si non répon- deur ou non vacciné
M4	Sérologie VIH Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répon- deur ou non vacciné	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH Anti-HBc si non répon- deur ou non vacciné	

En cas d'apparition de symptômes évocateurs d'une primo-infection par le VIH, il est recommandé de faire pratiquer une sérologie VIH et une charge virale VIH quelle que soit la date.

Suivi VHC

Après un AES exposant au VHC, le suivi est fondé, en France, sur la surveillance des transaminases et des anticorps anti-VHC à 1 mois, 3 mois et 6 mois. En cas de positivité de la PCR-VHC chez le patient source, la réalisation d'une PCR du VHC à J15-21 est proposée en complément [circulaire du 13 mars 2008].

Ce suivi est lourd et coûteux. Une étude récente montre que remplacer le suivi des anticorps et des transaminases par une recherche précoce de l'ARN-VHC est une stratégie moins coûteuse, qui permet de rassurer plus précocement la personne exposée [10]. En effet, l'ARN-VHC dans le sérum est détectable 7 à 21 jours après la contamination, précédant de quelques jours à quelques semaines l'augmentation de l'activité sérique des aminotransférases (généralement un mois après la contamination) [11]. Après la contamination, l'ARN-VHC croît de façon exponentielle (doublement environ toutes les 11 h) jusqu'à une phase « plateau », mais pour certains cette phase de virémie élevée pourrait être retardée [12]. Secondairement, les anticorps anti-VHC sont détectés en moyenne à 50 jours du contage, et de façon retardée en cas d'immunodépression [13].

Cette chronologie justifie le choix d'une détection précoce de l'ARN-VHC par PCR après le contact potentiellement contaminant, complétée par une sérologie VHC entre 3 et 4 mois. La surveillance des transaminases à un et trois mois devrait également être proposée. En cas d'immunodépression, le schéma de surveillance devra être prolongé à 6 mois.

BIBLIOGRAPHIE

1. Circulaire n° DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
2. PIALOUX G, LERT F. Rapport Mission réduction des risques sexuels : prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST, novembre 2009, www.vih.org/documents/rdrs_rapport_VL.pdf.
3. BAJOS N, BOZON B, BELTZER N et l'équipe CSF, Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. La Découverte, 2008.
4. LÉOBON A, DROUIN MC, OTIS J, VELTER A. Le Net Gay Baromètre 2009. Sondage sur les usages d'Internet, les modes de vie, la sexualité et les comportements à risques des internautes fréquentant les sites de rencontres gays.
Disponible en ligne : www.gaystudies.org/NGB2009FR/NBG2009_presse.pdf.
5. LE VU S, LE STRAT Y, CAZEIN F, PILLONEL J, BOUSQUET V, SEMAILLE C et al., et l'Action coordonnée 23 de l'Agence nationale de recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS). Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH en France à l'aide d'un test d'infection récente.
Disponible en ligne : www.invs.sante.fr/presse/2009/communiqués/incidence_vih191109/incidence_vih.pdf.
6. JIN F, JANSSON J, LAW M, PRESTAGE GP, ZABLOTSKA I, IMRIE JCG et al. Per-contact probability of HIV transmission in homosexual men in Sydney in the era of HAART. *AIDS*, 2010, 24 : 1-7.
7. BRENNER BG, ROGER M, ROUTY JP et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 Infection. *J Infect Dis*, 2007, 195 (7) : 951-959.
8. W. TOSINI, Y. QUERTAINMONT, B. CHRISTIAN, E. PEYROUSE et al. Évaluation de la tolérance de l'association ténofovir-emtricitabine + lopinavir boosté par ritonavir formulation comprimé (TRUVADA® + KALETRA®) dans le cadre du traitement postexposition (TPE) au risque de transmission de VIH. Présentation orale RICA1 2009. Soumis à publication.
9. MAYER K H, MIMIAGA M J, GELMAN Met al. TenofovirDF/emtricitabine/raltegravir (TDF/FTC/RAL) is safe and well-tolerated for non-occupational post-exposure prophylaxis (NPEP). Communication orale. IAS. 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. 19-22 July 2009.
10. DEUFFIC-BURBAN S, ABITEBOUL D, LOT F et al. Costs and cost-effectiveness of different follow-up schedules for detection of occupational hepatitis C virus infection. *Gut*, 2009, 58 : 1005-110.
11. FARCI P, ALTER HJ, WONG D, MILLER RH, SHIH JW, JETT B et al. A long-term study of hepatitis C virus replication in non-A, non-B hepatitis. *N Engl J Med*, 1991, 325 : 98-104.
12. GLYNN SA, WRIGHT DJ, KLEINMAN SH, HIRSCHKORN D et al. Dynamics of viremia in early hepatitis C virus infection. *Transfusion*, 2005, 45 (6) : 994-1002.
13. ALTER MJ, MARGOLIS HS, KRAWCZYNSKI K, JUDSON F, MARES A, ALEXANDER W et al. The natural history of community-acquired hepatitis C in the United States. The Sentinel Counties Chronic non-A, non-B Hepatitis Study Team. *N Engl J Med*, 1992, 327 : 1899-1890.
14. LOT F, ABITEBOUL D. Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé. Situation au 31 décembre 2007.
Disponible en ligne : www.invs.sante.fr/publications/lepoinfin2007.pdf.
15. CHÉRET A, POGGI C, TAMALET C, CUQUEMELLE C et al. Is post exposure prophylaxis necessary in cases with blood exposure through fight when HIV status is unknown? 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. 19-22 July 2009. Abstract n° CDC052.

Annexe. Principales données épidémiologiques concernant les risques de transmission virale susceptibles de donner lieu à la prescription d'une prophylaxie antirétrovirale postexposition au VIH

	Fréquence d'exposition	Risques de transmission = Risques moyens susceptibles d'être augmentés ou diminués selon les facteurs associés	Facteurs associés susceptibles d'augmenter ou de diminuer le risque de transmission	Cas documentés
Transmission sexuelle	<p>Fréquence de rapports non protégés</p> <p>Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes :</p> <p>39 % des répondants déclarent au moins une pénétration anale sans préservatif avec un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois (Net Gay Baromètre, 2009)</p> <p>Chez les hétérosexuels :</p> <p>21 % des hommes et 29 % des femmes ayant eu au moins 2 partenaires dans les 12 derniers mois déclarent ne jamais avoir utilisé de préservatif (CSF, 2006)</p>	<p>VIH</p> <p>Fellation réceptive : 0,04 % [0,01-0,17] (Vittinghoff, 1999)</p> <p>Rapport anal réceptif : 0,65 % [0,15-1,53] (si retrait) et 1,43 % [0,48-2,85] (si éjaculation)</p> <p>Rapport anal insertif : 0,11 % [0,02-0,24] chez les hommes circoncis et 0,62 % [0,07-1,68] chez les hommes non circoncis (Jin, 2010)</p> <p>Rapport vaginal : 0,1 % (Downs, 1996)</p> <p>VHC</p> <p>Transmission sexuelle décrite mais rare</p> <p>VHB</p> <p>30 à 80 %</p>	<p>VIH</p> <p>Risque ↑</p> <p><u>Lié au partenaire séropositif :</u></p> <p>Charge virale plasmatique élevée (phase de séroconversion notamment)</p> <p>IST concomitante</p> <p>Menstruations, saignements</p> <p><u>Lié au partenaire exposé :</u></p> <p>IST (ulcères génitaux ou inflammation génitale)</p> <p>Menstruations, saignements</p> <p>Ectropion du col de l'utérus chez la femme</p> <p>Risque ↓</p> <p>Charge virale plasmatique indétectable sous traitement antirétroviral</p> <p>Circoncision chez l'homme exposé</p>	<p>VIH</p> <p>Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes :</p> <p>Environ 3 300 [2 830-3 810] contaminations en France en 2008 (Le Vu, 2009)</p> <p>Chez les hétérosexuels :</p> <p>environ 3 500 [2 610-4 490] contaminations en France en 2008 (Le Vu, 2009)</p>
Transmission sanguine par partage de matériel d'injection chez les UDI	<p>Fréquence du partage dans le dernier mois (Coquelicot, 2004)</p> <p>– de la seringue : 13 % des UDI</p> <p>– du reste du matériel : 38 % des UDI</p> <p>– de la pipe à crack : 81 % des UD</p>	<p>VIH</p> <p>Lors du partage de la seringue/aiguille : 0,67 % (Kaplan, 1992)</p> <p>Lors du partage du reste du matériel (réipient, eau et filtre) : risque non évalué mais plus faible et qui concerne surtout le VHC et le VHB</p> <p>Lors du partage de la paille de snif ou de la pipe à crack : risque non évalué mais plus faible et qui concerne surtout le VHC et le VHB</p>	<p>Risque ↑</p> <p><u>Lié au partenaire de partage :</u></p> <p>Charge virale plasmatique élevée (phase de séroconversion notamment)</p> <p>Proximité affective</p> <p><u>Lié aux pratiques :</u></p> <p>Nombre d'injections (lié aux caractéristiques du produit)</p> <p>Injection dans un cadre collectif</p> <p>Dernier dans l'ordre d'injection</p> <p>Initiation à l'injection</p> <p>Risque ↓</p> <p>Charge virale plasmatique faible</p> <p>Nettoyage du matériel (eau de Javel)</p> <p>Premier dans l'ordre d'injection</p>	<p>Environ 70 [0-190] contaminations par le VIH chez les UDI en France en 2008 (Le Vu, 2009)</p>

	Fréquence d'exposition	Risques de transmission = Risques moyens susceptibles d'être augmentés ou diminués selon les facteurs associés	Facteurs associés susceptibles d'augmenter ou de diminuer le risque de transmission	Cas documentés
Transmission sanguine chez les professionnels de santé	Fréquence des AES Données RAISIN 2007 : 7,5 AES pour 100 lits 8,2 AES/100 chirurgiens/an 6,3 AES/100 IDE/an 2,4 AES/100 médecins/an 1,8 AES/100 aides-soignants/an	Risques de transmission lors d'une exposition à du sang (Lot F, 2003) VIH Exposition percutanée : 0,32 % [0,18-0,45] Exposition cutanéomuqueuse : 0,03 % [0,006-0,19]	Risque ↑ Lié à l'AES : Piqûre profonde Aiguille IV ou IA contenant du sang « frais » Lié à la source : Charge virale élevée (phase de séroconversion notamment) Risque ↓ Lié à l'AES :	VIH Total de 14 séroconversions documentées après AES chez des professionnels de santé, en France, depuis 1985, dont 11 après piqûre avec aiguille IV/IA et 1 après exposition cutanéomuqueuse massive (Lot F, décembre 2009)
		VHC Exposition percutanée : 1,8 % [0-7] 0,5 % [0,39-0,65]	Piqûre au travers de gants ou d'un tissu Aiguille pleine (suture, dextro) ou aiguille IM/SC Lié à la source : Charge virale indétectable	VHC Total de 64 séroconversions documentées après AES chez des professionnels de santé, en France, depuis 1991, dont 42 après piqûre avec aiguille IV/IA, 2 après piqûre avec aiguille pleine et 2 après exposition cutanéomuqueuse (Lot F, décembre 2009)
		VHB Exposition percutanée chez une personne non immunisée : de 6 % (Ag HBe-) à 30 % (Ag HBe+) Intérêt de la vaccination + + + (obligatoire depuis 1991)		VHB Aucune séroconversion rapportée depuis 2005 en France (date de début de la surveillance) (Lot F, décembre 2009)
Transmission sanguine chez les professionnels « autres »	Sont notamment concernés les personnels de sécurité (policiers, personnels pénitentiaires), les personnels chargés de la récupération et du traitement des déchets	Risque de transmission faible, car il s'agit souvent d'expositions cutanéomuqueuses ou d'expositions percutanées avec des aiguilles ne contenant pas de sang ou dont le sang est coagulé et l'inféctiosité nulle (VHB > VHC > VIH)		2 séroconversions VIH documentées en France : 1 éboueur et 1 transporteur de déchets (Lot F, 1994)
Transmission sanguine hors milieux de soins	Piqûre par seringue abandonnée Contacts cutanéomuqueux avec du sang lors de bagarres, sports violents... Morsures	Risque de transmission exceptionnel, car il s'agit : <ul style="list-style-type: none"> soit de piqûres avec des aiguilles ne contenant pas de sang ou dont le sang est coagulé et l'inféctiosité nulle soit de contacts cutanéomuqueux qui présentent un risque de transmission exceptionnel (VHB > VHC > VIH) 		VIH Pas de cas documenté dans la littérature internationale suite à une piqûre par seringue abandonnée Quelques cas documentés dans la littérature internationale lors de sports violents, bagarres (Chéret, 2009), morsures profondes avec saignements

	Fréquence d'exposition	Risques de transmission = Risques moyens susceptibles d'être augmentés ou diminués selon les facteurs associés	Facteurs associés susceptibles d'augmenter ou de diminuer le risque de transmission	Cas documentés
Transmission par voie sanguine en milieu de soins chez des patients	Essentiellement au cours d'interventions chirurgicales ou obstétricales, en cas de contact entre le sang d'un soignant et une muqueuse, une peau lésée ou une plaie d'un patient	VIH 1 transmission pour 42 000 à 420 000 interventions pratiquées par un chirurgien VIH+	Risque ↑ Certaines spécialités chirurgicales notamment gynéco-obstétricale, viscérale et vasculaire, et certaines interventions (gestes confinés) Charge virale plasmatique élevée chez le professionnel de santé Risque ↓ Respect des précautions standards (double port de gants, changement régulier des gants ou, en cas de piqure, utilisation d'aiguilles mousses, techniques du <i>no touch</i>) Charge virale plasmatique faible chez le professionnel de santé	VIH 4 cas de transmission soignant-patient publiés dans la littérature internationale, dont 2 en France VHC Environ une vingtaine de cas publiés dans la littérature internationale VHB Plus de cinquante épisodes publiés dans la littérature internationale

Prévalence en population générale :

VIH : 0,2 %, environ 150 000 personnes fin 2009.

Hépatite C chronique (ARN-VHC+) : environ 220 000 personnes en 2004.

Hépatite B chronique (Ag HBs+) : 0,65 % [0,45-0,93], soit environ 280 000 personnes en 2004.

18

Conditions de vie pour un succès thérapeutique

Les multithérapies permettent aujourd'hui à la plupart des patients, en particulier lorsque la prise en charge a été initiée tôt après la contamination, de retrouver ou conserver un bon état de santé, de ramener le risque de décès à des niveaux proches des personnes non infectées, de réduire le risque de complications lié à l'infection et cela à long terme. Si le traitement antirétroviral a un bénéfice indéniable sur l'état immunitaire, il ne permet pas pour autant de résoudre toutes les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes infectées par le VIH : problèmes de revenus, d'emploi, de logement, de relation avec les autres, de difficulté de révélation du statut sérologique ou de vie affective et sexuelle. La prise en charge doit donc aujourd'hui dépasser les seuls aspects biomédicaux pour prendre en compte l'individu dans sa globalité. La santé « globale », qui implique le retour à une vie professionnelle, sociale, affective, et des capacités de se projeter dans l'avenir doit rester l'objectif commun de tous les acteurs médicaux, sanitaires ou associatifs.

Conditions de vie des séropositifs

La maladie VIH survient chez des adultes jeunes en pleine période de construction des projets de vie professionnelle, constitution d'un patrimoine, constitution du couple, réalisation des projets parentaux. La perspective d'un traitement à vie, d'une vie sexuelle dominée par la problématique du risque de transmission, d'une incertitude sur la santé à long terme font une césure biographique majeure [1]. Ces difficultés liées à la maladie sont aggravées lorsque les personnes atteintes subissent le poids d'autres vulnérabilités sociales ou de facteurs de risque supplémentaires.

Or les représentations sociales de la maladie, les phénomènes de stigmatisation et les pratiques discriminatoires font que, pour beaucoup de personnes encore, ces années de vie gagnées sont vécues dans l'isolement, l'insécurité, la perte d'estime de soi, la pauvreté si la prise en charge ne prend pas en compte la dimension psychosociale des personnes.

Après plus de 25 ans de lutte contre les discriminations, le fait d'avoir été victime de discriminations est rapporté avec une fréquence élevée, sans différence marquée en fonction des caractéristiques de sexe, de parcours migratoire ou de mode de transmission.

L'isolement affectif et le sentiment de solitude affectent aussi tous les groupes de patients. Notamment, parmi les patients récemment diagnostiqués, deux tiers déclarent se sentir seuls, sentiment encore plus marqué chez les hommes infectés par rapports homosexuels et chez les jeunes. Cette plus grande fragilité psychologique se traduit dans la fréquence accrue des tentatives de suicide, des conduites addictives, de l'usage des psychotropes [2] et de la dépression [3]; ce sont aussi des facteurs d'aggravation de la maladie [4]. La mise en place d'actions de soutien individuel (psychothérapies, accompagnement...) ou collectif (groupe de parole, activités conviviales souvent développées par les associations) est donc plus que jamais nécessaire.

L'insécurité administrative des migrants qui constituent une part importante de la population vivant avec le VIH en France entraîne et renforce une précarité sociale dans le logement (45 % sans logement personnel), et l'activité professionnelle (64 % d'inactifs et une dominante d'emplois précaires chez ceux qui travaillent) au moment du diagnostic. Souvent diagnostiqués rapidement après leur arrivée, ces étrangers malades sont fréquemment en situation irrégulière [5]. Les démarches de régularisation et d'obtention d'une couverture sociale peuvent être longues et les résultats provisoires et incertains. Hommes