

# La prise en charge des accidents d'exposition au VIH d'origine sexuelle

**Hélène Ittah-Desmeulles**  
**Jean Paul Beyeme Ondoua**  
**Roland Tubiana**  
**Anne Simon**  
**Pierre Hausfater**  
**Michel Rosenheim**  
Université Paris VI,  
groupe hospitalier  
Pitié-Salpêtrière, Paris

**L'étude des accidents d'exposition au VIH d'origine sexuelle réalisée à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière montre une prise de risques importante et une tendance à peu se protéger quand le partenaire est séropositif, le rapport homosexuel ou occasionnel.**

**E**n France, l'organisation de la prise en charge des accidents professionnels exposant au VIH a été étendue en 1998 [4] aux accidents exposant au VIH d'origine sexuelle. Le traitement prophylactique diminuerait de près de 80 % le risque de transmission du VIH [3] chez les professionnels de santé.

Selon les recommandations nationales de 1999 [6] concernant la prise en charge prophylactique, la décision de traiter doit prendre en compte : le délai de prise en charge après l'exposition ( $\leq 48$  h), le statut du partenaire vis-à-vis du VIH, la pratique exposante (type de partenaire et de rapport) et la présence de facteurs aggravants.

Dans le Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (GHPS), un dispositif de prise en charge spécifique des accidents exposant au VIH d'origine sexuelle (AEVOS) existe depuis la fin des années quatre-vingt. Il associe plusieurs services : urgences médicales, médecine interne, maladies infectieuses et tropicales, hépato-gastro-entérologie, virologie, bactériologie, pharmacie et santé publique. La prise en charge initiale des AEVOS est réalisée par le service des urgences. Lorsqu'un traitement prophylactique est prescrit, il est réévalué dans les 48 heures par un médecin référent, qui assure le suivi du patient. Le patient a la possibilité de consulter directement un médecin référent quand il sait que son partenaire est séropositif pour le VIH.

Le service de santé publique collabore avec le groupe de travail « Accidents exposants au sang et aux liquides biologiques » du Centre d'information et de soins de

l'immunodéficience humaine local (Cisih) afin d'évaluer l'organisation de la prise en charge des AEVOS.

## **Le déroulement de l'étude**

L'objectif principal de cette étude est de décrire les AEVOS pris en charge à La Pitié-Salpêtrière et d'évaluer le dispositif d'accès aux soins et de prise en charge.

La population de cette étude était constituée de personnes se présentant pour un AEVOS entre le 1<sup>er</sup> janvier 2001 et le 31 décembre 2001.

Les données initiales étaient recueillies, par les médecins des urgences et les médecins référents, sur les fiches de déclaration élaborées par l'Institut de veille sanitaire. Le double de ces fiches était récupéré par le service de santé publique. Le suivi du patient était évalué à partir des dossiers patients.

L'exposition était identifiée comme un rapport sexuel vaginal, anal ou oral, sans usage de préservatif ou après un accident lors de l'utilisation du préservatif (échec de protection par rupture ou glissement).

Les recommandations nationales de prise en charge prophylactique de 1999 [6] constituaient le référentiel d'évaluation.

La saisie des données, leur validation et l'analyse statistique ont été réalisées par le service de santé publique du GHPS, à l'aide des logiciels Epi info 6.0 et SPSS 10.07.

## **Les résultats**

136 cas d'AEVOS ont été recensés dans le GHPS entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2001.

### Description de la population exposée

Les patients exposés étaient majoritairement des hommes avec un sex ratio de 2,9. L'âge médian était de 30 ans (26 ans-37 ans).

Dans 92 % des cas, le patient consultait de sa propre initiative.

Les patients déclaraient avoir déjà réalisé une sérologie VIH dans 65,4 % des cas.

La prise en charge initiale a été réalisée par un médecin des urgences pour 61 % des patients, et directement par un médecin référent pour 39 % des patients.

### Caractéristiques de l'exposition

La sérologie VIH du partenaire était inconnue dans 99 cas. 35 tests rapides (VIH) ont été proposés aux partenaires qui étaient joignables, 6 personnes l'ont refusé. Les 29 tests rapides réalisés étaient négatifs. Le partenaire avait une sérologie connue comme négative dans 4 cas et connue comme positive dans 33 cas.

Le partenaire était un partenaire occasionnel dans 81 % des cas et un partenaire régulier dans 19 % des cas.

Le rapport était vaginal ( $\pm$  oral) dans 47 % des cas, anal insertif ( $\pm$  oral) dans 16,2 % des cas, anal réceptif ( $\pm$  oral) dans 15,4 % des cas, anal sans précision ( $\pm$  oral) dans 4,4 % des cas, anal et vaginal ( $\pm$  oral) dans 3 % des cas, oral seul dans 12,5 % des cas et non précisé dans 1,5 % des cas.

Le rapport était de type hétérosexuel dans 59 % des cas et homosexuel masculin dans 41 % des cas.

Le partenaire appartenait à un groupe identifié à risque (homosexuel ou bisexuel, hétérosexuel multi-partenaires...) dans 76 % des cas.

Le rapport n'était pas protégé dans 56,6 % des cas. L'usage du préservatif ne différait pas selon la connaissance du statut sérologique (positif, négatif ou inconnu) du partenaire ( $p=0,31$ ) (tableau 1). L'usage du préservatif semblait plus fréquent chez les hétérosexuels que chez les homosexuels ( $p=0,09$  à la limite de la significativité) (tableau 2). Ceci était aussi observé lorsque le partenaire était séropositif (OR=6 ;  $p=0,052$  à la limite de la significativité) (tableau 3).

L'usage du préservatif était 14 fois plus fréquent (OR = 14 ;  $p<0,05$ ) quand le partenaire séropositif était le partenaire régulier (tableau 4).

Le délai médian entre l'AEVOS et la consultation était de 18 heures (1<sup>er</sup> et

tableau 1

### Fréquence de la protection selon le statut VIH du partenaire

Statut VIH du partenaire	Protection	Pas de protection	Total
Positif	16 (48,5 %)	17 (51,5 %)	33
Négatif	3 (75,0 %)	1 (25,0 %)	4
Inconnu	40 (40,4 %)	59 (59,6 %)	99

Chi<sup>2</sup> = 2,34 ;  $p=0,31$ .

tableau 2

### Fréquence de la protection selon le type de rapport

	Protection	Pas de protection	Total
Hétérosexuel	40 (50,0 %)	40 (50,0 %)	80
Homosexuel	19 (33,9 %)	37 (66,1 %)	56

OR = 1,95 ; IC [0,9–4,2] ;  $p=0,09$ .

tableau 3

### Fréquence de la protection selon le type de rapport quand le partenaire source est VIH positif

Partenaire VIH positif	Protection	Pas de protection	Total
Hétérosexuel	9 (75,0 %)	3 (25,0 %)	12
Homosexuel	7 (33,3 %)	14 (66,7 %)	21

OR = 6 ; IC [0,97–41,15] ;  $p=0,052$ .

tableau 4

### Fréquence de la protection selon la régularité du partenaire connu VIH positif

Partenaire VIH positif	Protection	Pas de protection	Total
Régulier	12 (80,0 %)	3 (20,0 %)	15
Occasionnel	4 (22,2 %)	14 (77,8 %)	18

OR = 14 ; IC [2,1 – 115,9] ;  $p=0,03$ .

3<sup>e</sup> quartile : 12 h–35 h) ; 20 patients ont consulté plus de 48 heures après l'exposition.

### Modalités de prise en charge et suivi des patients exposés

Le traitement prophylactique a été proposé à 102 patients (75 %), 100 l'ont accepté.

La prophylaxie prescrite était, pour 94 cas, l'association de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (AZT-3TC) et d'une antiprotéase (nelfinavir) (Tableau 5).

34 patients n'ont pas bénéficié de proposition de traitement. Dans 19 cas, le

tableau 5

### Description des traitements prophylactiques prescrits

#### Prophylaxie antirétrovirale

2 NRTI + 1 PI	94
2 NRTI + 1 NNRTI	3
3 NRTI + 1 PI	1
2 NRTI	1

NRTI : inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse. NNRTI : inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse. PI : inhibiteur de protéase.

partenaire source était négatif (test rapide négatif dans 15 cas). Dans 8 cas, le délai de consultation excédait 48 heures (56 h à 120 h). Dans 6 cas, la décision médicale de ne pas traiter était en accord avec les recommandations.

Un consultant ayant eu un rapport anal passif avec un partenaire source VIH positif (risque considéré comme très élevé selon les recommandations) n'a été ni traité, ni suivi. Il n'a pas été possible d'identifier les raisons exactes de ce non-traitement (refus du patient ou sous-estimation médicale du risque), mais il s'agissait d'un accident de préservatif par glissement, il n'y avait eu ni éjaculation, ni saignement lors du rapport et la consultation avait eu lieu 4 heures après l'AEVOS.

Sur les 136 patients consultants pour un AEVOS, 83 (61 %) ont initialement consulté aux urgences : 62 (75 %) ont bénéficié d'une prescription de prophylaxie antirétrovirale, 50 (60 %) ont secondairement consulté un médecin référent pour réévaluation précoce du traitement et 12 (14 %) patients ont été perdus de vue. Lors de la consultation avec un médecin référent, le traitement initial a été maintenu 36 fois ; modifié 5 fois ; arrêté 9 fois. Le délai médian entre la consultation aux urgences et la consultation de réévaluation chez un référent était de 24 heures.

Sur les 136 patients consultants pour un AEVOS, 53 patients (39 %) se sont directement adressés aux médecins référents. 39 ont bénéficié d'une prescription de traitement prophylactique, 6 (11 %) ont ensuite été perdus de vue.

Au total, sur 100 patients ayant accepté le traitement prophylactique, 82 l'ont poursuivi avec un référent pendant une durée médiane de 28 jours (1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> quartile : 14-28).

Le suivi par un référent était documenté pour 96 patients, dont 14 non traités. La durée médiane du suivi était de 52 jours (1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> quartile : 19-99 jours), 65 % des patients ont été suivis au moins 1 mois et 28 % au moins 3 mois. Le nombre médian de consultations était de 3 (1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> quartile : 1-5).

Des effets secondaires cliniques (27 cas) et biologiques (18 cas) ont été observés. Ils étaient modérés, et n'ont pas entraîné d'interruption de traitement.

Deux cas de transmission de la syphilis ont été pris en charge. Aucune séroconversion VIH n'a été observée chez les patients suivis.

### Discussion et conclusion

Les consultants informés du dispositif de prise en charge des AEVOS sont le plus souvent des personnes ayant des comportements à risque ou proches des personnes séropositives. Le partenaire était séropositif dans 24 % des cas et appartenait à un groupe identifié à risque dans 76 % des cas ; 65,4 % des patients avaient déjà réalisé une sérologie VIH, 57 % n'ont pas utilisé de préservatifs, 92,0 % ont consulté de leur propre initiative et 39 % directement chez un référent.

Deux cas de syphilis ont été identifiés lors de la prise en charge ; ils étaient contemporains du début de la recrudescence de

syphilis dans le milieu homosexuel parisien [5]. Les enquêtes Presse gay et Baromètres gay 2000 [1, 2] ont souligné une augmentation de la prise de risque avec l'abandon notable des préservatifs lors des rapports homosexuels, notamment chez les patients VIH positifs. Cette étude met également en évidence une prise de risque importante et une tendance à peu se protéger quand le partenaire est séropositif et le rapport homosexuel ou occasionnel.

Une des missions de ce dispositif est de délivrer un message préventif, notamment sur la nécessité d'utiliser les préservatifs. Le référent, avec une médiane de 3 consultations, a un rôle majeur dans la délivrance de ce message.

Au total, le dispositif d'accès aux soins et de prise en charge des accidents d'exposition au VIH d'origine sexuel au sein du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière est conforme aux recommandations. La filière de prise en charge est opérationnelle : 82 % des patients ont été traités et suivis par un référent, avec une durée médiane de traitement d'un mois. Mais ce dispositif est avant tout un dispositif de prévention secondaire dont le premier objectif est d'éviter toute contamination. Même si aucune séroconversion n'a été constatée, le faible taux de transmission du virus de l'immunodéficience humaine, le nombre de patients inclus dans l'étude et l'insuffisance de la traçabilité du suivi à trois mois (28 %) ne permettent pas de conclure à l'efficacité de ce dispositif en terme de santé publique. ■

### références

1. Adam P. « Baromètre gay 2000 : résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gay parisiens ». *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2002 ; 18, 77-9.
2. Adam P., Hauet E., Caron C. *Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays*. InVS/ANRS/DGS, rapport mai 2001.
3. Cardo D.-M., Culver D.-H., Ciesielski C.-A. et al. *A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure*. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *N Engl J Med* 1997 ; 337 : 1485-1490.
4. Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.
5. Couturier E., Dupin N., Janier M. et al. « Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* ; 35-36, 168-9.
6. Delfraissy J.-F. *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*. Rapport ; Médecine Science Flammarion ; 1999 : 197-214.

Avec la collaboration des membres du groupe de travail « Accident exposition au sang et aux liquides biologiques » du Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine local (Cisih).