

Prévention du VIH

Note d'information

Du Traitement Post-Exposition (TPE) vers la Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP)

Dans le cadre du Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) 1 (2015-2018) conclu entre l'ARS Ile-de-France et les 5 CoreVIH franciliens, la commission « Accidents d'exposition au risque viral » (AEV) de l'InterCoreVIH francilien a mis en place une surveillance de ces accidents.

Contexte

Il existe des données nationales sur les Accidents d'Exposition au Sang (AES) chez les professionnels de santé.

Il n'existe pas de données nationales de surveillance des accidents d'exposition sexuelle ceci alors même qu'il existe des recommandations de prise en charge et que le dispositif mis en place est lourd et contraignant.

Méthode

Les services dans lesquels est réalisée la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral dans les hôpitaux franciliens ont été sollicités pour participer à la surveillance des accidents d'exposition sexuelle en Ile-de-France. Les services volontaires ont ensuite transmis les données concernant la prise en charge des accidents d'exposition sexuelle.

Résultats

En 2017, 25 sites (services référents) des territoires des 5 CoreVIH franciliens ont participé à ce recueil.

1 936 accidents d'exposition sexuelle ont été recensés en 2017.

Parmi les accidentés, on dénombre :

- 79% d'hommes, 20% de femmes, 1% de transgenres ;
- Agés de 33 ans en moyenne ;
- 10,5% ont un antécédent de Traitement Post-Exposition (TPE) ;
- 2,8% ont déjà utilisé la PrEP (7% dans le CoreVIH IdF Centre).

Parmi les « partenaires sources », on constate : 64% d'hommes, 85% de partenaire occasionnel et 12% de travailleur/euse du sexe.

La sérologie VIH du partenaire source était inconnue dans 88% des cas et était positive dans 7,5% des cas (avec alors un traitement antirétroviral dans 50% des cas et une charge virale indétectable dans 41% des cas).

70% des évaluations du risque ont eu lieu dans les 24 premières heures après la prise de risque et 91% ont reçu un Traitement Post-Exposition (TPE).

Il existe encore des disparités dans le choix du TPE : anti-intégrase dans 61% des cas (dont Stribild dans 54% de tous types de traitements), anti-protéase dans 29% des cas (dont Darunavir dans 25% de la totalité des TPE, Eviplera dans 5% des cas).

La comparaison des données 2017 à celles de 2016 note :

- Moins de consultations tardives (>48H00) : 76/1 125 (6,8%) en 2017 vs 206/2 218 (9,3%) en 2016, p=0,0128
- Plus d'AES avec un partenaire source « occasionnel » : 1 650/1 936 (85%) vs 1 651/2 218 (74%), p<10-6
- Plus de personnes vues pour AES ayant déjà utilisé la PrEP : 47/1 656 (2,8%) vs 12/1 617 (0,7%), p<10-5
- Moins de personnes ayant déjà eu recours au TPE : 147/1 405 (10,5%) vs 387/2 218 (17,5%), p<10-6
- Plus d'utilisation du Stribild : 692/1 282 (54%) vs 66/1 424 (46%) , p< 5 10-4
- Moins d'effets indésirables sous TPE en 2017 : 182/1 565 (12%) vs 66/758 (8,8%), p<10-6

Conclusion

Les accidents d'exposition sexuelle ayant fait l'objet d'un recours à une consultation dans un service référent en Ile-de-France en 2017 sont le fait majoritairement d'hommes, ayant eu des relations sans préservatif avec un.e partenaire occasionnel.le. Ils ont conduit dans la majorité des cas à la prescription d'un TPE dont le choix n'est ni unifié ni totalement conforme aux recommandations.

L'orientation vers une consultation PrEP doit être systématiquement évoquée avec le patient lors de la consultation post-exposition à risque, et ceci d'autant plus que 10,5% d'entre eux ont déjà eu recours à un TPE (contre 17,4% en 2016) et 2,8% ont déjà utilisé la PrEP (contre 0,7% en 2016 et avec de grandes variations selon les services).

Tableau 1 – Actualisation 2017 du groupe d'experts sur les accidents d'exposition sexuelle et au sang

Traitement post-exposition au VIH

Durée totale du traitement: 28 jours (infection de la plupart des macaques après un TPE de 10 j)

Choix préférentiel:

- **ténofovir DF + emtricitabine + rilpivirine** (bonne tolérance, simplicité de prise (monoprise en 1cp ou 2cps [si TDF/FTC générique], faible risque d'interaction médicamenteuse, moindre coût).
- La probabilité d'exposition à un virus porteur de résistances aux INNTI est extrêmement faible dans la situation d'un AES où l'on ignore le statut sérologique du sujet source. **La rilpivirine doit néanmoins être évitée lorsque** le sujet source est connu comme PVVIH porteur d'un virus à risque de résistance à cette molécule (polymorphisme 138, génotype cumulé, histoire thérapeutique).
- Il faut informer le patient de la nécessité de prendre la rilpivirine avec des **aliments**, et prendre en compte le risque d'**interaction** avec les inhibiteurs de la pompe à protons et anti-H2.

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PRISONNIERS
VIVANT AVEC LE VIH
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CHU et de l'ANRS

Traitement post-exposition au VIH

• Choix alternatifs :

– **ténofovir DF / emtricitabine** (préférentiellement sous forme générique)
+ **darunavir/r** (3 cps en 1 prise/j)

ou

– **raltégravir** (3 cps en 2 prises/j) voire **elvitégravir/c** (1cp/j) ou **dolutégravir** (2 cps en 1 prise/j)
(données insuffisantes avec ténofovir AF..)

• Situations particulières:

- insuffisance rénale préexistante: zidovudine / lamivudine peut être utilisé à la place de ténofovir DF / emtricitabine
- femme enceinte : association ténofovir DF / emtricitabine + darunavir/r (800mg/100 une fois/jour au cours du premier semestre et de 600mg/100 deux fois par jour au cours du dernier trimestre)

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PRISONNIERS
VIVANT AVEC LE VIH
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CHU et de l'ANRS

Tableau 2 – Les indications de la PrEP

En 2015, le groupe d'experts recommande que la PrEP puisse être prescrite :

- aux HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) non infectés par le VIH
 - rapportant des relations anales non protégées avec au moins deux partenaires sur une période de dix mois,
 - ou ayant présenté plusieurs épisodes d'IST (syphilis, infections à Chlamydia, gonococcie ou primo-infection par les virus des hépatites B ou C)
 - ou ayant eu plusieurs recours à un traitement antirétroviral post-exposition (TPE) dans l'année,
 - ou ayant l'habitude de consommer des substances psychoactives lors des rapports sexuels ;
- aux personnes transgenres ayant des relations sexuelles non protégées ;
- aux usagers de drogues intraveineuses avec partage de seringues ;
- aux personnes en situation de prostitution exposées à des rapports sexuels non protégés ;
- aux personnes en situation de vulnérabilité exposée à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH.

Version avril 2019

Document réalisé
en partenariat avec

GERES

GROUPE D'ÉTUDE SUR LE RISQUE
D'EXPOSITION DES SOIGNANTS
aux agents infectieux