

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE DE NANTES

Année 2007

N° 33

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de médecine générale

par

Steven LAURENT

né le 23 mars 1979 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 8 octobre 2007

**PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU VIH :
EVALUATION ET AMELIORATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
AUX URGENCES ADULTES DU CHU DE NANTES**

Président : Monsieur le Professeur Gilles POTEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Martin DARY

SOMMAIRE

ABREVIATIONS.....	3
LISTE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATIONS	4
INTRODUCTION.....	5
OBJECTIFS	6
MATERIEL ET METHODE.....	7
1. EQUIPE PROJET.....	7
2. REFERENTIEL D'EVALUATION.....	7
3. PROTOCOLE DE L'AUDIT	8
3.1 <i>Champ d'application</i>	8
3.2 <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	8
3.3 <i>Périodes d'évaluation</i>	9
3.4 <i>Source des données</i>	9
3.5 <i>Recueil de données</i>	9
3.6 <i>Saisie des données</i>	10
4. PRESENTATION DES RESULTATS DU PREMIER TOUR	10
5. ANALYSE DES RESULTATS DU PREMIER TOUR	10
6. PLAN D'AMELIORATION	10
7. DEUXIEME TOUR D'EVALUATION	11
8. EVALUATION DE L'IMPACT DU PLAN D'AMELIORATION	11
RESULTATS.....	12
1. RESULTATS DU PREMIER TOUR D'AUDIT	12
1.1 <i>Critères principaux</i>	12
1.2 <i>Critères secondaires</i>	12
2. ANALYSE DES RESULTATS DU PREMIER TOUR	14
2.1 <i>Identification des écarts</i>	14
2.2 <i>Causes des écarts</i>	14
3. ACTIONS D'AMELIORATIONS.....	15
3.1 <i>Mise à jour de la procédure interne au service des urgences</i>	15
3.2 <i>Création d'un document d'aide à la décision médicale</i>	16
3.3 <i>Création de documents d'informations destinés aux patients</i>	16
3.4 <i>Information et formation des médecins des urgences</i>	17
3.5 <i>Information du personnel soignant des urgences</i>	17
4. RESULTATS DU DEUXIEME TOUR D'AUDIT	18
4.1 <i>Critères principaux</i>	18
4.2 <i>Critères secondaires</i>	18
5. ANALYSE DES RESULTATS DU DEUXIEME TOUR	20
6. ANALYSE COMPARATIVE DES DEUX TOURS.....	21
6.1 <i>Critères principaux</i>	21
6.2 <i>Critères secondaires</i>	21
DISCUSSION	24
CONCLUSION.....	27
BIBLIOGRAPHIE.....	28
ANNEXES	29

ABREVIATIONS

AES	Accident d'Exposition au Sang
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
COREVIH	Coordination Régionale de lutte contre le VIH
IOA	Infirmière Organisatrice de l'Accueil
PIMESP	Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique
TPE	Traitement Post-Exposition
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATIONS

TABLEAU I -	
Critères d'évaluation de la prise en charge des accidents d'exposition au VIH (2006).....	13
TABLEAU II -	
Critères d'évaluation de la prise en charge des accidents d'exposition au VIH (2007).....	19

GRAPHIQUE 1.	
Evaluation de la prise en charge des accidents d'exposition au VIH aux urgences adultes du	
CHU de Nantes :	
Comparaison des critères principaux entre 2006 (Tour 1) et 2007 (Tour 2).....	27
GRAPHIQUE 2.	
Evaluation de la prise en charge des accidents d'exposition au VIH aux urgences adultes du	
CHU de Nantes :	
Comparaison des critères secondaires entre 2006 (Tour 1) et 2007 (Tour 2).....	28

INTRODUCTION

Les premières recommandations officielles françaises concernant la prescription de traitement anti-rétroviral en urgence après un accident exposant au risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont été publiées en septembre 1995 [1] puis modifiées en octobre 1996 [2]. Ces recommandations concernaient uniquement les accidents d'exposition au sang (AES) survenant chez les professionnels de santé. Elles ont été étendues en avril 1998 aux expositions non professionnelles (rapports sexuels, partage de matériel d'injection chez les usagers de drogues, blessures..) [3]. Le nombre de traitements antirétroviraux prescrits en traitement post-exposition (TPE) a par la suite augmenté, y compris pour des situations à faible risque de transmission du VIH [4, 5]. La trithérapie anti-rétrovirale présentant un risque non négligeable d'effets indésirables, il est apparu nécessaire de limiter les prescriptions de TPE aux situations présentant un risque « identifiable » de transmission du VIH, afin de « ne pas faire courir de risque disproportionné par rapport au bénéfice escompté » (suivant la loi du 4 mars 2002, article L 1111-5 alinéa 1 du code de la santé publique).

La circulaire du 2 Avril 2003 [6] a précisé les indications recommandées ou non recommandées selon les situations et leur niveau de risque de transmission du VIH. Ces recommandations de traitement ont été confirmées et clarifiées par un rapport d'experts publié en juillet 2006 [7].

Lorsqu'il est indiqué, le traitement doit être administré le plus tôt possible dans un délai maximal de 48 heures après l'accident. En dehors des heures d'ouverture des services spécialisés en infectiologie, la prise en charge des personnes consultant pour ce motif doit donc être assurée par les services d'urgences. Le médecin de garde doit évaluer le niveau de risque de transmission du VIH et le rapport bénéfice/risque d'un traitement, suivant les recommandations officielles. En cas de doute et pour toutes les situations particulières, il doit prendre l'avis d'un médecin référent pour le VIH, d'astreinte téléphonique. Il doit également informer clairement et précisément le sujet exposé. A cet égard, la circulaire de 2003 rappelle l'importance de prévoir (en plus de l'information orale qui reste primordiale) une fiche d'information écrite à remettre au sujet exposé, qu'il ait ou non reçu un traitement. Il est également recommandé au prescripteur de mentionner dans le dossier médical l'information

donnée au patient et les éléments de la discussion entourant la décision thérapeutique. Enfin, tout patient débutant en urgence un traitement antirétroviral après un accident d'exposition doit bénéficier d'une consultation spécialisée dans un délai maximal de 3 jours pour réévaluer l'indication et la tolérance de ce traitement et assurer le suivi sérologique.

Au CHU de Nantes les personnes consultant pour ce motif en dehors des heures d'ouverture du service d'infectiologie sont prises en charge aux urgences adultes, exceptés les mineurs de moins de 15 ans (adressés aux urgences pédiatriques) et les femmes victimes d'agression sexuelle (adressées aux urgences gynécologiques). Aucune évaluation de cette prise en charge aux urgences n'avait été menée jusqu'en 2006. L'observation simple de quelques dossiers révélait un défaut de traçabilité de certaines informations indispensables à la décision thérapeutique et faisait craindre un taux élevé de prescriptions non conformes aux recommandations, notamment pour des situations à faible risque de transmission. L'information délivrée aux patients semblait également insuffisante ou peu évaluable faute de mention écrite dans les dossiers. Le nombre de patients traités mais non revus en consultation spécialisée dans le délai de 3 jours semblait élevé, sans être connu exactement.

Nous avons donc souhaité évaluer plus précisément la qualité de cette prise en charge, mettre en place un programme d'amélioration et évaluer l'impact de ce programme au moyen d'un audit clinique ciblé, suivant la méthode proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS) [8]. L'évaluation a porté sur la mention écrite des informations nécessaires à la décision médicale, sur la conformité des prescriptions par rapport aux recommandations officielles, sur la mention écrite de la prescription, sur la mention écrite de l'information délivrée au patient, et sur la présence à la consultation spécialisée prévue dans un délai de 3 jours pour les patients traités.

OBJECTIFS

Evaluer et améliorer la qualité de la prise en charge aux urgences adultes du CHU de Nantes des personnes consultant pour un accident d'exposition au risque de transmission du VIH.

MATERIEL ET METHODE

1. Equipe projet

Après avoir identifié le thème et les objectifs de l'étude, nous avons constitué une équipe projet pour concevoir et conduire cet audit. Les coordonnateurs de l'étude étaient le docteur Martin DARY et Steven LAURENT, médecin et interne du pôle urgences. Les autres membres de l'équipe étaient le docteur Eric BILLAUD, médecin de la Coordination Régionale de la lutte contre le VIH (COREVIH) et les docteurs Laurent FLET et Martine PENNETIER, pharmaciens responsables des antirétroviraux au CHU de Nantes.

Les actions d'amélioration proposées ont été discutées avec plusieurs intervenants, notamment le docteur Cécile FRANCOIS, médecin de la COREVIH de Nantes et le docteur Patricia ENEL du service d'information médicale du CHU de Marseille.

Mme Leila MORET, responsable de l'Unité Qualité Risques Evaluation du Pôle d'information médicale d'évaluation et de santé publique (PIMESP) a été consultée pour les questions de méthodologie.

2. Référentiel d'évaluation

Un référentiel regroupant les critères choisis pour cette évaluation a été établi à partir des recommandations de la circulaire du 2 avril 2003.

Critères principaux

Cinq critères principaux d'évaluation ont été définis :

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. la décision thérapeutique est évaluable à partir des éléments notés dans le dossier2. la décision thérapeutique est conforme aux recommandations3. l'information délivrée au patient est écrite sur le dossier4. pour les patients traités, la prescription est écrite sur le dossier5. pour les patients traités, la consultation spécialisée a bien lieu dans le délai de 3 jours |
|--|

Pour tous ces critères principaux la valeur cible était de 100 %.

Critères secondaires

Le premier critère principal (décision thérapeutique évaluable) nécessite la présence de plusieurs informations écrites sur le dossier, qui constituent les six critères secondaires :

1. le délai de prise en charge (supérieur ou inférieur à 48 heures après l'accident) est noté
2. le type d'accident d'exposition (AES, rapport sexuel non protégé, usage de drogues par voie intraveineuse ou autre type d'exposition) est noté
3. en cas d'AES, le niveau de risque (minime, intermédiaire ou important) est noté
4. en cas de rapport sexuel, le type de rapport (vaginal, anal ou oral) est noté
5. le statut sérologique VIH du sujet-source (positif, négatif ou inconnu) est noté
6. en cas de statut sérologique inconnu, la notion de sujet-source à risque est notée.

Pour tous ces critères secondaires la valeur cible était de 100 %.

3. Protocole de l'audit

3.1 Champ d'application

Notre étude a pour cadre le Service d'Accueil des Urgences (SAU) adultes et la Coordination Régionale de lutte contre le VIH (COREVIH) du CHU de Nantes.

Nous n'avons pas évalué les services d'urgences gynécologiques et pédiatriques et le service de médecine du travail qui sont également impliqués dans la prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du VIH.

3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les patients pris en charge aux urgences adultes pour un accident exposant au risque de transmission du VIH pendant l'une ou l'autre des deux périodes d'évaluation ont été inclus.

Les patients pris en charge aux urgences pédiatriques, aux urgences gynécologiques ou directement pris en charge par la COREVIH n'ont pas été inclus.

3.3 Périodes d'évaluation

Une première évaluation (premier tour) a porté sur l'ensemble des dossiers des patients répondant aux critères d'inclusions et ayant consulté entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2006.

Une deuxième évaluation (deuxième tour) après mise en place du programme d'amélioration a porté sur l'ensemble des dossiers des patients répondant aux critères d'inclusion et ayant consulté entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet 2007.

3.4 Source des données

Les dossiers à évaluer ont été identifiés à partir d'une liste éditée par le PIMESP, comprenant l'ensemble des patients ayant consulté aux urgences pendant ces périodes et dont le motif d'entrée était saisi sous le code « accident d'exposition au risque viral ».

Cette liste n'étant pas exhaustive (le motif d'entrée peut aussi avoir été saisi sous le code « priorité 2 sans motif adéquat ») nous avons également étudié la liste des patients pour lesquels la pharmacie de l'hôpital a fourni un kit de traitement antirétroviral en urgence et la liste des patients ayant consulté à la COREVIH pour un accident d'exposition au risque viral. Nous avons exclu de ces deux listes les dossiers des patients ne répondant pas aux critères d'inclusion.

3.5 Recueil de données

Le référentiel se présente sous la forme d'une grille de recueil de données [Annexe 1]. Chaque critère fait l'objet d'une réponse de mode binaire (OUI quand le critère est satisfait, NON dans le cas contraire). Un guide d'utilisation [Annexe 2] précise les cas où le critère n'est pas applicable (noté NA). Un commentaire peut accompagner la réponse.

Le recueil a été réalisé par deux personnes (Steven LAURENT et Martin DARY) après une phase d'entraînement commun sur dix dossiers, afin d'assurer une bonne cohérence du recueil.

Au cours des périodes de recueil de données et avant l'analyse des résultats, les observations incomplètes ou incohérentes ont fait l'objet d'une vérification et si besoin d'une correction par un nouvel examen du dossier.

3.6 Saisie des données

Les données recueillies ont été saisies sur un fichier Excel. Afin de rendre ce fichier anonyme, seules les deux premières lettres du nom et la première lettre du prénom de chaque patient ont été saisies.

4. Présentation des résultats du premier tour

Les résultats obtenus ont été comparés aux résultats attendus. Les résultats ont été présentés en valeurs chiffrées et sous forme graphique. Pour faciliter la comparaison entre les critères, le nombre de dossiers pour lesquels le critère est satisfait (OUI) a été traduit en pourcentage selon la formule :

$$\% \text{ OUI} = \text{nombre de OUI} / (\text{nombre de OUI} + \text{nombre de NON}) \times 100 \text{ (hors "Non Applicable")}$$

5. Analyse des résultats du premier tour

Cette analyse a permis d'identifier des écarts entre la pratique et le référentiel. Les causes de ces écarts ont été recherchées au cours de discussions informelles avec les médecins prescripteurs du SAU.

6. Plan d'amélioration

Au vu des premiers résultats (partiels) de l'évaluation du premier tour, une réflexion a été menée dès septembre 2006 au sein du groupe projet pour proposer un plan d'amélioration. Les actions d'amélioration ont été discutées avec les interlocuteurs des services concernés. Ce plan d'amélioration a été présenté à l'ensemble des équipes soignantes du SAU adultes en novembre 2006 puis mis en place le 1^{er} janvier 2007.

7. Deuxième tour d'évaluation

Le deuxième tour d'évaluation a été mené du 1^{er} janvier au 31 juillet 2007 avec le même référentiel et suivant le même protocole que le premier tour.

Les résultats ont été présentés de la même façon que ceux du premier tour. L'analyse des résultats a permis d'identifier les écarts résiduels et d'en rechercher les causes

8. Evaluation de l'impact du plan d'amélioration

Les résultats des deux tours d'évaluation ont été comparés pour observer l'impact du plan d'amélioration.

RESULTATS

1. Résultats du premier tour d'audit

Quatre-vingt trois patients répondaient aux critères d'inclusion sur la période de 2006. Quatre dossiers n'ont pas été retrouvés aux archives des urgences. Soixante-dix neuf dossiers ont donc été évalués (soit 95,2 % des dossiers identifiés).

1.1 Critères principaux

Les informations nécessaires à la prise de décision thérapeutique (prescription ou non du TPE) sont mentionnées sur 64 dossiers (81 %). Parmi ces 64 décisions évaluables, 55 sont conformes aux recommandations nationales (85,9 %).

L'information délivrée au patient (avec ou sans prescription de TPE) est mentionnée par écrit sur 44 dossiers (55,7 %).

Soixante-trois patients ont reçu un TPE. La mention écrite de cette prescription est mentionnée sur 55 dossiers (87,3 %). Quarante-trois des 63 patients traités (68,3 %) ont consulté auprès d'un spécialiste dans le délai recommandé de 3 jours.

1.2.Critères secondaires

Le délai de prise en charge (supérieur ou inférieur à 48 heures) est noté sur 57 dossiers (72,2 %).

Le type d'accident d'exposition est renseigné sur 76 dossiers (96,2 %).

Sur ces 76 dossiers renseignés, 15 concernent des accidents d'exposition au sang. Parmi ces 15 dossiers d'AES, le niveau de risque (minime, intermédiaire ou élevé) peut être évalué dans 14 cas (93,8 %).

Soixante-deux des 76 dossiers renseignés concernent une exposition par rapport sexuel. Le type de rapport sexuel est précisé sur 55 dossiers (88,7 %).

Le statut sérologique VIH du sujet-source (positif, négatif ou inconnu) est mentionné sur 75 dossiers (94,9 %).

Dans 68 cas la sérologie du sujet-source est notée comme inconnue. Sur ces 68 dossiers les facteurs de risque d'infection VIH chez le sujet-source sont notés dans 48 cas (70,6 %).

L'ensemble des résultats du premier tour d'audit sont présentés dans le tableau I

TABLEAU I - CRITERES D'EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU VIH
PREMIER TOUR D'AUDIT (2006)

N°	Critères principaux	Oui*	Non†	NA‡	Total	O + N§	% Oui
1	Décision thérapeutique évaluable	64	15	0	79	79	81,0%
2	Décision thérapeutique conforme aux recommandations [∞]	55	9	15	79	64	85,9%
3	Information délivrée au patient et écrite sur le dossier	44	35	0	79	79	55,7%
63 patients traités							
4	Mention écrite de la prescription sur le dossier	55	8	0	63	63	87,3%
5	Consultation spécialisée dans un délai de 3 jours	43	20	0	63	63	68,3%
Critères secondaires							
1	Délai de prise en charge (> ou < 48 heures)	57	22	0	79	79	72,2%
2	Type d'accident d'exposition (AES, sexuel, UDIV ou autre)	76	3	0	79	79	96,2%
3	Niveau de risque en cas d'AES (minime, intermédiaire, élevé)	15	1	63	79	16	93,8%
4	Type de rapport sexuel (vaginal, anal, oral)	55	7	17	79	62	88,7%
5	Mention du statut sérologique VIH de la source (positif, négatif, inconnu)	75	4	0	79	79	94,9%
6	Mention de sujet-source à risque (si statut inconnu)	48	20	11	79	68	70,6%

* OUI Nombre de dossiers satisfaisant ce critère
† NON Nombre de dossiers ne satisfaisant pas ce critère
‡ NA Non Applicable
§ O + N Somme des réponses OUI et NON
[∞] parmi les dossiers évaluables
AES : Accident d'exposition au sang
UDIV : Utilisation de drogue intraveineuse

2. Analyse des résultats du premier tour

2.1 Identification des écarts

Quinze dossiers sont insuffisamment renseignés pour évaluer la conformité de la décision thérapeutique. Les informations les plus souvent manquantes sont le délai de prise en charge (en pratique la date et l'heure de l'accident) et les éventuels facteurs de risque du sujet-source si sa sérologie est inconnue.

Neuf prescriptions de TPE ne sont pas conformes aux recommandations :

- Quatre prescriptions après un rapport sexuel intra-vaginal avec un partenaire de sérologie VIH inconnue mais sans facteur de risque
- Une prescription suite à un rapport sexuel oral sans éjaculation avec un partenaire de sérologie inconnue (avis spécialisé non sollicité)
- Trois prescriptions pour des accidents d'exposition au sang de risque faible ou intermédiaire (érosion cutanée superficielle, piqûre après injection sous-cutanée) avec un sujet-source de sérologie inconnue mais sans facteur de risque
- Une prescription suite à un accident d'exposition au sang dont le niveau de risque n'était pas évaluable, avec un sujet source de sérologie inconnue mais sans facteur de risque, et avec un délai de plus de 48 heures

La trace écrite de l'information délivrée au patient manque dans 35 dossiers.

Huit prescriptions de TPE ne sont pas mentionnées par écrit sur le dossier.

Vingt patients traités ne sont pas revus en consultation spécialisée dans le délai de 3 jours.

2.2 Causes des écarts

Plusieurs causes possibles ont été identifiées après discussions avec les prescripteurs :

Les médecins des urgences n'avaient pas reçu de formation spécifique pour cette prise en charge. Les recommandations de la circulaire du 2 avril 2003 leur étaient peu familières voire totalement inconnues.

La procédure disponible sur l'intranet du service (établie en 1999) ne tenait pas compte de ces recommandations [Annexe 3]. Cette procédure incitait au contraire à distribuer un TPE à tout patient le demandant, sans parler du rapport bénéfice/risque pour le patient mais en évoquant le risque médico-légal pour le médecin en cas de refus de prescription.

Le caractère urgent du TPE (lorsqu'il est indiqué) et l'absence de bénéfice attendu pour un patient vu plus de 48 heures après l'accident sont des notions qui n'étaient pas toujours bien connues ou comprises. L'intérêt de noter la date et l'heure de l'accident n'était donc pas bien perçu.

Les situations exposant à un risque très faible de contamination n'étaient pas bien connues. Les risques d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables liés au traitement antirétroviral étaient sous-estimés. Le rapport bénéfice/risque était donc souvent surestimé.

L'information, mal maîtrisée par le prescripteur, était jugée difficile à transmettre clairement au patient. Noter par écrit sur le dossier cette information semblait encore plus difficile et consommait un temps jugé précieux.

La fiche d'information jointe au kit de TPE [Annexe 4] précisait la nécessité d'une consultation spécialisée dans un délai de 3 jours mais cette fiche était peu lisible et n'était pas toujours accompagnée d'explications orales. Enfin, il n'existait pas de fiche d'information destinée aux patients non traités.

3. Actions d'améliorations

Au vu des écarts constatés et des causes identifiées plusieurs actions d'amélioration ont été réalisées : mise à jour de la procédure interne du service, création d'un document d'aide à la décision médicale et de documents d'information pour les patients, réunions de formation et d'information des médecins et du personnel des urgences.

3.1 Mise à jour de la procédure interne au service des urgences [Annexe 5]

La procédure « prophylaxie antirétrovirale après exposition accidentelle au VIH » a été remplacée sur le site intranet du service des urgences adultes par une nouvelle procédure intitulée « accidents d'exposition au risque viral » tenant compte des recommandations de la circulaire du 2 avril 2003 et des recommandations du groupe d'experts publiées en juillet

2006. Cette procédure est également disponible sous forme imprimée dans le bureau de l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA), avec l'ensemble des autres documents créés. La mise à jour de cette procédure a été annoncée à l'ensemble des médecins du pôle par courrier interne.

3.2 Création d'un document d'aide à la décision médicale [Annexe 6]

Ce document reprend sur une page recto-verso les informations qui doivent être recherchées et notées pour prendre une décision thérapeutique. Il rappelle les recommandations établies suivant les situations et le niveau de risque, et les situations devant faire appeler en urgence le médecin référent d'astreinte.

Ce document permet également de noter facilement (en cochant une case) la décision thérapeutique prise et l'information délivrée au patient. Il incite à surveiller et à noter l'heure de la première prise de TPE en cas de prescription.

Ce document est tripliqué pour permettre de transmettre les informations à la pharmacie et à la COREVIH en cas de traitement.

3.3 Création de documents d'informations destinés aux patients

Quatre documents d'information destinés aux patients ont été créés.

Dès son accueil par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) le patient reçoit :

- soit un document intitulé « *Après un accident d'exposition au sang* » [Annexe 7];
- soit un document intitulé « *Après un rapport sexuel non protégé* » [Annexe 8].

Ces documents peuvent être lus en attendant la consultation du médecin. Ils précisent que le TPE n'est indiqué que pour certaines situations dont le risque est évalué en fonction des circonstances de l'accident et de la sérologie VIH ou des facteurs de risque du sujet-source. Ils incitent à rechercher la sérologie du sujet source pour éviter ou arrêter précocement le TPE si cette sérologie est négative. Ils rappellent les autres risques liés aux accidents d'exposition sexuels ou sanguins et citent les coordonnées des services d'information et de prévention.

A l'issue de la consultation d'urgence, si un TPE est débuté, un document intitulé « *Trithérapie KALETRA® + COMBIVIR®. Suivi sérologique et conseils de prévention* » est remis au patient avec le kit de traitement pour 3 jours [Annexe 9]. Ce document rappelle les interactions et les effets indésirables possibles de ces médicaments, ainsi que les posologies. Il incite à débiter immédiatement le traitement et à noter l'heure de la prochaine prise.

Il rappelle enfin la nécessité d'une consultation spécialisée dans un délai maximal de 3 jours, en précisant les coordonnées de la COREVIH.

S'il n'y a pas de prescription de TPE, un document intitulé « *Suivi après un accident d'exposition au risque viral sans prescription de trithérapie. Suivi sérologique et conseils de prévention* » est remis au patient pour guider sa prise en charge ultérieure par le médecin généraliste, le médecin du travail ou le centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). [Annexe 10].

3.4 Information et formation des médecins des urgences

Une réunion a été organisée en novembre 2006 pour présenter aux médecins des urgences les principales recommandations issues de la circulaire du 2 avril 2003 et du rapport d'experts publié en juillet 2006.

Les résultats partiels du premier tour d'évaluation ont été annoncés lors de cette réunion, ainsi que le projet d'un deuxième tour d'évaluation pendant l'année 2007.

La COREVIH ayant choisi à cette date de modifier l'inhibiteur de protéase utilisé pour le TPE (nelfinavir VIRACEPT® remplacée par lopinavir/ritonavir KALETRA®), cette molécule a également été présentée, en insistant sur son mode d'administration, ses effets secondaires potentiels et les interactions possibles avec les autres traitements.

Le document d'aide à la décision médicale a été présenté et son mode d'utilisation a été expliqué. Les documents d'information destinés aux patients ont également été présentés. La procédure mise à jour sur l'intranet a été annoncée et présentée.

Cette réunion a été suivie de plusieurs entretiens individuels, à la demande des médecins ou sur notre proposition au décours de la prise en charge d'un accident d'exposition au risque de transmission du VIH.

3.5 Information du personnel soignant des urgences

Deux interventions au cours de réunions du groupe de travail des IOA en novembre et décembre 2006 ont permis de présenter les résultats partiels du premier tour d'évaluation, d'annoncer le deuxième tour d'évaluation prévu en 2007 et de présenter l'ensemble des documents créés. Le rôle de l'IOA dans l'identification et la prise en charge initiale de ces patients a également été défini et écrit dans la procédure.

L'ensemble du personnel soignant a été informé de ce plan d'amélioration et de l'évaluation en cours au moyen d'un courrier interne diffusé par les cadres infirmiers.

4. Résultats du deuxième tour d'audit

Sur la période du 1^{er} janvier au 31 juillet 2007, 68 patients répondaient aux critères d'inclusion. Un dossier est resté introuvable. Soixante sept dossiers ont donc été évalués (soit 98,5 % des dossiers identifiés).

4.1 Critères principaux

Soixante six dossiers sont suffisamment renseignés pour évaluer la décision thérapeutique (98,5 %). Parmi ces 66 décisions évaluables, 65 sont conformes aux recommandations nationales (98,5 %).

L'information délivrée au patient a été mentionnée sur 61 dossiers (91 %).

Trente cinq patients ont reçu un TPE. La mention écrite de cette prescription est retrouvée sur l'ensemble des 35 dossiers (100 %). Trente et un patients traités se sont présentés à la consultation spécialisée dans le délai recommandé de 3 jours (88,6 %).

4.2 Critères secondaires

Quatre critères secondaires sont renseignés sur tous les dossiers (100 %) : le type d'accident d'exposition, le niveau de risque en cas d'AES (17 cas), le type de rapport sexuel (49 cas) et la mention de sujet-source appartenant ou non à un groupe à risque lorsque celui-ci a une sérologie VIH inconnue (48 cas).

Le délai de prise en charge (supérieur ou inférieur à 48 heures) est renseigné sur 66 dossiers (98,5 %).

Le statut sérologique du sujet-source est noté sur 63 dossiers (94 %).

L'ensemble des résultats de ce deuxième tour d'audit sont présentés dans le tableau II.

**TABLEAU II - CRITERES D'EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU VIH
SECOND TOUR D'AUDIT (2007)**

<u>N°</u>	Critères principaux	Oui*	Non†	NA‡	Total	O + N§	% Oui
1	Décision thérapeutique évaluable	66	1	0	67	67	98,5%
2	Décision thérapeutique conforme aux recommandations [∞]	65	1	1	67	66	98,5%
3	Information délivrée au patient et écrite sur le dossier	61	6	0	67	67	91,0%
35 patients traités							
4	Mention écrite de la prescription sur le dossier	35	0	0	35	35	100%
5	Consultation spécialisée dans un délai de 3 jours	31	4	0	35	35	88,6%
Critères secondaires							
1	Délai de prise en charge (> ou < 48 heures)	66	1	0	67	67	98,5%
2	Type d'accident d'exposition (AES, sexuel, UDIV ou autre)	67	0	0	67	67	100%
3	Niveau de risque en cas d'AES (minime, intermédiaire, élevé)	17	0	50	67	17	100%
4	Type de rapport sexuel (vaginal, anal, oral)	49	0	18	67	49	100%
5	Mention du statut sérologique VIH de la source (positif, négatif, inconnu)	63	4	0	67	67	94,0%
6	Mention de sujet-source à risque (si statut inconnu)	48	0	19	67	48	100%

* OUI Nombre de dossiers satisfaisant ce critère

† NON Nombre de dossiers ne satisfaisant pas ce critère

‡ NA Non Applicable

§ O + N Somme des réponses OUI et NON

∞ parmi les dossiers évaluables

AES : Accident d'exposition au sang

UDIV : Utilisation de drogue intraveineuse

5. Analyse des résultats du deuxième tour

Des écarts résiduels ont été identifiés à l'issue du deuxième tour et leurs causes possibles recherchées.

Un dossier ne comporte ni la date ni l'heure de l'accident d'exposition.

Le statut sérologique VIH du sujet-source manque dans quatre dossiers. Ces quatre dossiers correspondent à des AES professionnels vus dans le secteur des urgences traumatologiques par l'interne dans trois cas au moins (le quatrième dossier ne comporte pas de nom de médecin). Il semble que ces patients se soient directement présentés à l'interne de garde de traumatologie, sans être orienté par l'IOA. Ces internes n'avaient pas assisté à la réunion d'information concernant la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral (ces consultations étant en principe assurées par les médecins seniors). Trois de ces dossiers ont été remplis sans utiliser le document d'aide à la décision médicale. Pour l'un de ces dossiers, la décision thérapeutique n'est pas évaluable.

Une prescription de TPE, à la suite d'une morsure humaine, (considérée comme un risque minime) n'est pas conforme aux recommandations. Ce patient a été orienté vers les urgences traumatologiques et n'a été identifié que secondairement comme un possible accident d'exposition au risque viral. Le document d'aide à la décision médicale a été utilisé mais a été mal interprété.

Six dossiers ne comportent pas de trace écrite de l'information délivrée au patient. Il s'agit dans deux cas de dossiers remplis par l'interne de garde en traumatologie, dans un cas d'une patiente ayant refusé le TPE proposé (conformément aux recommandations) et n'ayant pas attendu le document d'information prévu. Les trois autres cas semblent correspondre à un « simple oubli » du médecin senior qui a bien utilisé le document d'aide à la décision mais n'a pas coché la case correspondante...

Quatre patients traités ne sont pas venus à la consultation spécialisée. Ces patients avaient consulté au décours d'un rapport sexuel non protégé avec un partenaire de sérologie VIH inconnue mais considéré comme appartenant à un groupe à risque, ou dans un contexte de situation à risque (prise de substances psycho-actives). Pour un de ces quatre patients l'information donnée n'avait pas été notée sur le dossier. Cependant, l'information était disponible sur la fiche jointe au kit de TPE préparé et fourni par la pharmacie hospitalière.

Ces patients n'ont pas été recontactés, d'éventuelles causes personnelles n'ont donc pas pu être recherchées.

6. Analyse comparative des deux tours

Les résultats des deux tours d'audit ont été comparés entre eux et comparés à l'objectif fixé initialement (valeur cible de 100 % pour chacun des critères).

Cette comparaison est présentée sous forme graphique pour les critères principaux (GRAPHIQUE 1) puis pour les critères secondaires (GRAPHIQUE 2).

6.1 Critères principaux

Tous les critères principaux sont en progrès en 2007.

Seul le critère 4 (mention écrite de la prescription) atteint la valeur cible de 100 %.

Les critères 1 (décision thérapeutique évaluable) et 2 (décision thérapeutique conforme aux recommandations) sont proches de cet objectif (98,5%).

Les critères 3 (mention écrite de l'information) et 5 (consultation spécialisée dans le délai de 3 jours) sont l'objet de la plus nette amélioration (respectivement 91 % *versus* 55,7 % et 88,6 % *versus* 68,3 %).

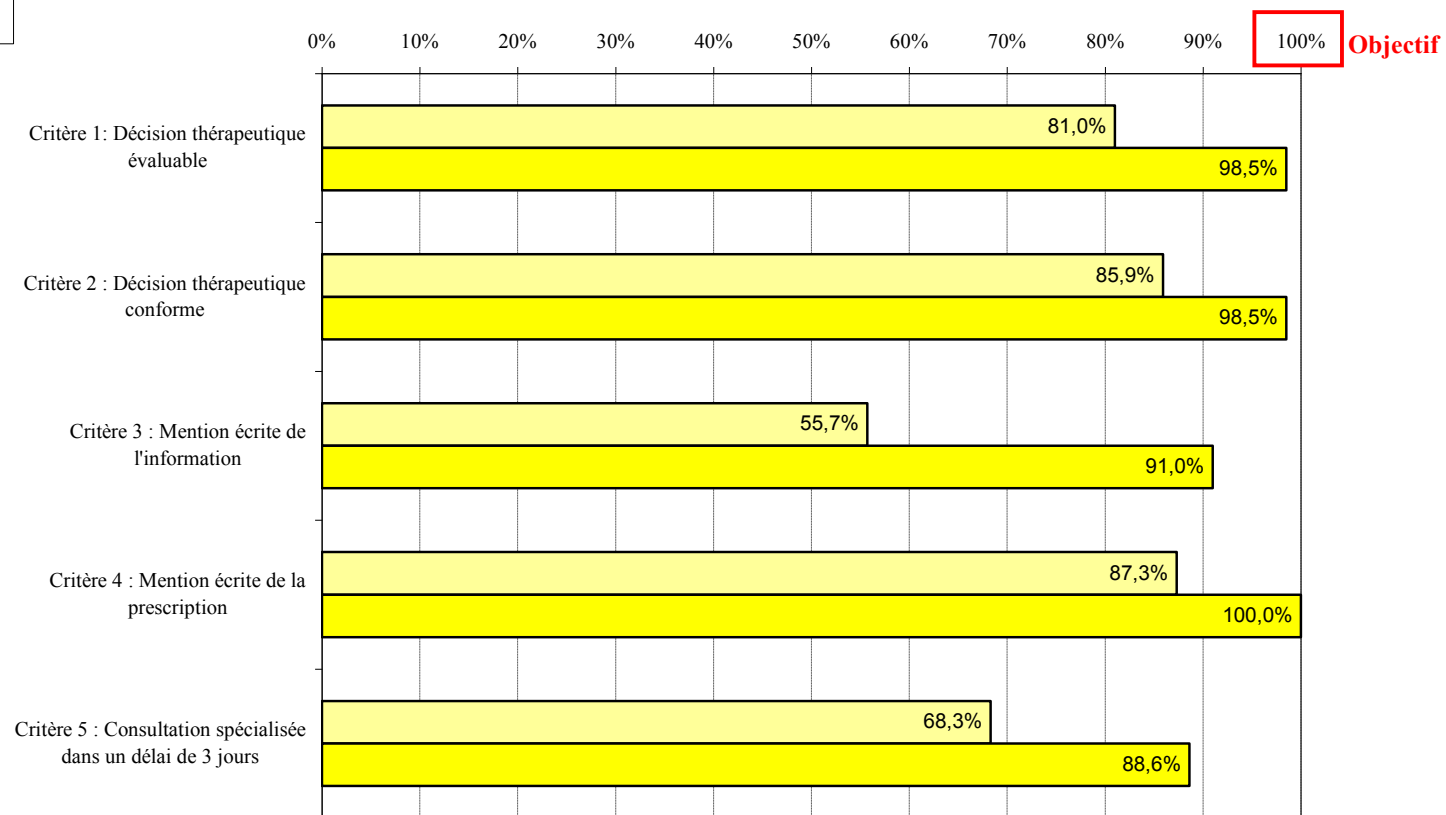
6.2 Critères secondaires

Cinq des 6 critères secondaires sont en progrès en 2007. Seul le critère 5 (mention du statut sérologique VIH du sujet-source), qui atteignait déjà 94,9 % de satisfaction en 2006, est stable. Le critère 1 (renseignement sur le délai de prise en charge) progresse de 72,2 % à 98,5 %. Les quatre autres critères atteignent la valeur cible de 100 %.

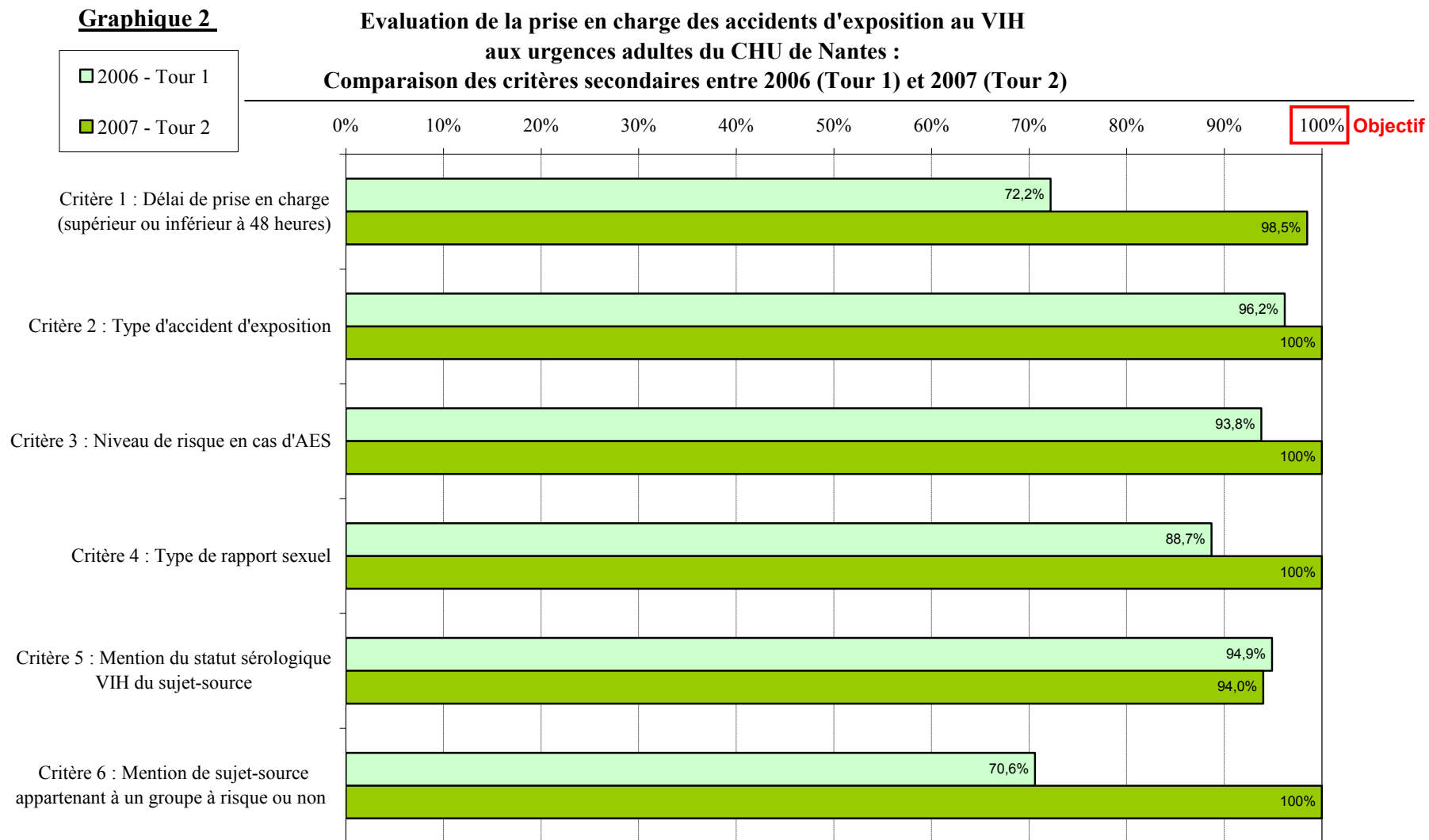
Graphique 1

Evaluation de la prise en charge des accidents d'exposition au VIH aux urgences adultes du CHU de Nantes : Comparaison des critères principaux entre 2006 (Tour 1) et 2007 (Tour 2)

■ 2006 - Tour 1
■ 2007 - Tour 2



Graphique 2



DISCUSSION

Cette étude est la première évaluation de la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral réalisée aux urgences du CHU de Nantes. L'évaluation sur la période de l'année 2006 a permis d'identifier des défauts importants dans cette prise en charge.

Le principal écart par rapport aux recommandations officielles nationales concernait les indications de prescriptions de TPE. Ainsi, au moins neuf personnes ont reçu pendant cette période un TPE pour une situation où le rapport bénéfice/risque était jugé défavorable par les experts. Ces patients ont tous été revus en consultation spécialisée, aucun n'a présenté d'effet indésirable grave lié à ce traitement, qui a été arrêté rapidement. Cependant, le stress et les effets secondaires mineurs liés à la prise du TPE auraient pu leur être évités par des conseils plus adaptés. Douze autres prescriptions pendant cette période ne sont pas évaluables faute de renseignements suffisants sur les dossiers. Le nombre de prescriptions « injustifiées » est donc peut-être sous-évalué pendant cette période.

Par ailleurs, ce premier tour d'évaluation a également mis en évidence un défaut de traçabilité des informations à plusieurs étapes de la prise en charge. Notamment, le délai écoulé depuis l'accident d'exposition et la notion d'appartenance du sujet-source à un groupe à risque pour le VIH manquaient dans près de 30 % des dossiers. La prescription de TPE n'était pas toujours notée dans le dossier. Surtout, l'information donnée au patient manquait dans près de 45 % des dossiers.

Enfin, l'évaluation de la période de 2006 montrait un taux inquiétant de « perdus de vue » : plus de 30 % des patients traités ne se présentaient pas à la consultation spécialisée.

Les actions mises en place au premier janvier 2007 ont été suivies d'une amélioration de tous les critères réévalués sur la période du 1er janvier au 31 juillet 2007. Notamment, la traçabilité de l'information donnée aux patients est passée de 55,7 % à 91 %, et le taux de « perdus de vue » a diminué de 31,7 % à 11,4 %. Bien que nous ne puissions pas affirmer que les améliorations constatées soient dues uniquement à notre plan d'action, nous pensons que la réalisation de cet audit a permis d'identifier les principales erreurs et d'impulser une dynamique d'amélioration de cette prise en charge.

Cette démarche d'amélioration doit être poursuivie et entretenue. Pour cela nous envisageons de présenter prochainement aux équipes médicales et soignantes des urgences les résultats encourageants de ce deuxième tour d'audit. Cette communication des résultats sera l'occasion

de rappeler les recommandations nationales et la procédure locale, et d'informer les personnes récemment intégrées à l'équipe des urgences.

De nouveaux axes d'amélioration peuvent également être envisagés :

- Nous avons constaté un défaut d'utilisation de la procédure et des documents lors des prises en charge d'AES dans le secteur traumatologique par l'interne de garde. Les étudiants en médecine réalisant les sutures dans ce secteur sont malheureusement trop souvent victimes d'AES par piqûre ou par projection de sang sur le visage et les yeux. Il semble donc nécessaire de rappeler aux étudiants et aux internes les précautions standard (port de gants mais aussi de lunettes de protection lors des sutures) et la conduite à tenir immédiate en cas d'AES.
- Le document d'aide à la décision médicale est parfois perçu comme trop complexe par les médecins prescripteurs, surtout lors de la première utilisation. Une réflexion est à mener avec eux pour le rendre plus lisible sans perdre les informations utiles. Il comporte par ailleurs des erreurs à corriger sur une prochaine version (le TETRAGYNON[®] n'est plus utilisé, les agressions sexuelles ne sont pas citées dans les situations à risque).
- De même, le document d'information sur le traitement antirétroviral pourrait être amélioré en indiquant plus clairement le risque potentiel d'échec du TPE.
- La transmission des informations entre les différents services est encore imparfaite. Le troisième feuillet du document d'aide à la décision, destiné à la pharmacie hospitalière et permettant le réassort du kit antirétroviral n'est pas envoyé de manière systématique. Ce critère n'a pas été évalué dans notre étude mais nous avons constaté qu'environ 10 % des dossiers n'étaient pas transmis, en 2006 comme en 2007. Ce problème existe aussi pour la transmission d'informations à la COREVIH. Actuellement ces dossiers doivent être envoyés sous enveloppe par transporteur de petits objets (TPO). Une prescription informatisée pourrait éviter cette manipulation supplémentaire et permettre un meilleur partage de l'information et donc un meilleur suivi des patients.
- Grâce au document d'aide à la décision médicale, les informations recueillies en 2007 sont plus complètes et permettront une description plus détaillée de la situation, et une évaluation d'autres critères comme le délai de prise en charge et le délai entre l'entrée aux urgences et la première prise de traitement si un TPE est indiqué.

L'enquête publiée en 2002 par Anne Laporte et al. montrait l'impact jugé défavorable des recommandations de 1998 sur les attitudes des médecins français, les conduisant à prescrire

plus souvent un TPE pour des situations présentant un faible risque de transmission du VIH [4]. L'évaluation nationale menée par l'InVS entre 1999 et 2001 confirmait cette augmentation du nombre de prescriptions, y compris pour des situations présentant un risque minime avec un sujet-source de sérologie inconnue [5]. Les recommandations établies en avril 2003 visaient à limiter ces prescriptions « injustifiées ». Pourtant l'évaluation sur la période de mai à décembre 2003 montrait la persistance d'un taux élevé de prescriptions (> 80 %) pour des accidents d'exposition sexuelle avec un(e) partenaire de sérologie VIH inconnue [9]. L'évaluation nationale a été stoppée en décembre 2003 et aucune évaluation des pratiques en France n'a été publiée depuis cette date.

Les prescriptions « non conformes » constatées dans notre service en 2006 correspondent probablement à une attitude héritée de cette période entre 1998 et 2003 où le rapport bénéfice/risque du TPE était surestimé et où les prescriptions reposaient plus sur la demande du patient que sur l'évaluation du risque de transmission virale. Le taux de prescription global (après accidents d'exposition sanguins et sexuels) est passé de 79,7 % en 2006 à 52,2 % sur la période de janvier à juillet 2007. Nous poursuivons actuellement le recueil de données sur 2007 pour vérifier si cette diminution du taux de prescriptions persiste.

Le rapport d'experts publié en 2006 recommande aux COREVIH d'organiser l'évaluation du dispositif de prise en charge des accidents d'exposition. Cette évaluation devrait avoir lieu prochainement. Notre étude n'étudie qu'une partie de ce dispositif, correspondant à la prise en charge initiale. Mais la qualité de cette prise en charge initiale est probablement primordiale pour que les personnes exposées à un risque de transmission du VIH reçoivent immédiatement les soins et les informations adaptées à leur situation, sans retard thérapeutique ni risque iatrogène inutile. L'effort d'amélioration mené au sein du service des urgences doit donc être poursuivi en coopération avec la COREVIH.

CONCLUSION

La réalisation d'un audit clinique ciblé aux urgences adultes a permis d'évaluer et d'améliorer nettement la prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du VIH conformément aux recommandations nationales publiées en avril 2003. Depuis la mise en place d'un plan d'amélioration, ces recommandations sont mieux connues et suivies par les médecins impliqués dans cette prise en charge. La prescription d'une prophylaxie antirétrovirale est plus souvent justifiée et les supports d'information destinés aux patients ont permis d'améliorer leur suivi. Les résultats obtenus nous encouragent à poursuivre cet effort et à rechercher d'autres axes d'amélioration. Une nouvelle évaluation à un an pourrait être envisagée pour s'assurer de la constance de ces bons résultats.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Note d'information DGS/DH/DRT n°81 du 25 septembre 1995 relative aux mesures de prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les professionnels de santé et à la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique.* 1995.
2. *Note d'information DGS/DH/DRT n°666 du 28 octobre 1996 relative à la conduite à tenir, pour la prophylaxie d'une contamination par le VIH, en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique chez les professionnels de santé.* 1996.
3. *Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.* 1998.
4. Laporte, A., et al., *Post-exposure prophylaxis after non-occupational HIV exposure: impact of recommendations on physicians' experiences and attitudes.* AIDS, 2002. 16(3): p. 397-405.
5. Lot, F., et al., *Evaluation de la prise en charge thérapeutique des expositions au VIH, juillet 1999-décembre 2001.* Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2002(36): p. 173-175.
6. *Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS n°2003/165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.* 2003.
7. Groupe d'experts (sous la direction du Professeur Patrick Yeni), *Prise en charge des situations d'exposition au risque viral*, in *Prise en charge des personnes infectées par le VIH*, M.-S. Flammarion, Editor. 2006: Paris. p. 302-317.
8. ANAES, *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration.* 2003.
9. Lot, F., et al., *Evaluation nationale de la prise en charge thérapeutique des expositions au VIH : impact des recommandations d'avril 2003.* Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2004(48): p. 225-226.

ANNEXES

Annexe 1

Evaluation de la qualité de la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral aux urgences adultes

Référentiel d'évaluation (Grille de recueil de données)

Nom du patient :
Prénom du patient :
Numéro d'identification personnelle du patient (IPP)
Date de consultation aux urgences : / / 200...

N°	Intitulé des critères	OUI	NON	NA	Commentaires
----	-----------------------	-----	-----	----	--------------

Critères principaux					
1	La décision thérapeutique est évaluable au vu des informations notées sur le dossier				
2	Si elle est évaluable, la décision thérapeutique est conforme aux recommandations				
3	L'information délivrée au patient est écrite sur le dossier				
4	Si un TPE est prescrit, la prescription est écrite sur le dossier				
5	Pour les patients traités, la consultation spécialisée a bien lieu dans le délai de 3 jours				

Critères secondaires					
1	Le délai de prise en charge (< ou > 48h) est évaluable au vu des informations notées sur le dossier				
2	Le type d'accident d'exposition (AES, sexuel, UDIV ou autre) est noté				
3	En cas d'AES, le niveau de risque (minime, intermédiaire ou élevé) est évaluable au vu des informations notées sur le dossier				
4	En cas de rapport sexuel le type de rapport (vaginal, anal ou oral) est noté				
5	Le statut sérologique VIH du sujet source (positif, négatif ou inconnu) est noté				
6	En cas de statut sérologique inconnu, la notion de sujet-source à risque (ou non) est notée				

NA = non applicable

AES = accident d'exposition au sang UDIV = usage de drogue intraveineuse

Annexe 2

**Evaluation de la qualité de la prise en charge
des accidents d'exposition au risque viral aux urgences adultes**

Guide d'utilisation de la grille (1/2)

Critères principaux

Critère 1 : *La décision thérapeutique est évaluable*

Si les informations qui permettent d'établir que la décision thérapeutique est évaluable sont mentionnées, la réponse est OUI.

Dans le cas contraire, la réponse est NON.

Critère 2 : *La décision thérapeutique est conforme aux recommandations*

Si la prescription ou non prescription du TPE* est conforme aux recommandations de la circulaire du 2 avril 2003, la réponse est OUI.

Dans le cas contraire, la réponse est NON.

Si la décision n'est pas évaluable (comme défini ci-dessus) la réponse est NA.

Critère 3 : *L'information délivrée au patient est écrite sur le dossier*

Si l'information délivrée au patient est écrite sur le dossier, la réponse est OUI.

Dans le cas contraire, la réponse est NON.

Critère 4 : *La prescription de TPE* est écrite sur le dossier*

En cas de prescription, si elle est mentionnée par écrit sur le dossier, la réponse est OUI.

Dans le cas contraire, la réponse est NON.

S'il n'y a pas de prescription de TPE*, la réponse est NA.

Critère 5 : *La consultation spécialisée a bien lieu dans le délai de 3 jours*

Si le patient traité consulte un spécialiste et ceci dans les 3 jours, la réponse est OUI.

S'il ne remplit pas ces 2 conditions, la réponse est NON.

S'il n'y a pas de prescription de TPE la réponse est NA.

* TPE : Traitement post-exposition

Annexe 2

Evaluation de la qualité de la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral aux urgences adultes

Guide d'utilisation de la grille (2/2)

Critères secondaires

Critère 1 : *Le délai de prise en charge est évaluable*

Si les informations sur l'accident d'exposition permettant de définir un délai inférieur ou supérieur à 48 heures sont mentionnées sur le dossier médical du patient, la réponse est OUI.
Dans le cas contraire, la réponse est NON.

Critère 2 : *Le type d'accident d'exposition (AES**, sexuel, UDIV[†] ou autre) est noté*

Si le type d'accident (quel qu'il soit) est mentionné, la réponse est OUI.
Dans le cas contraire, la réponse est NON.

Critère 3 : *En cas d'AES** le niveau de risque (minime, intermédiaire ou élevé) est évaluable*

Si le niveau de risque est évaluable au vu des informations notées sur le dossier, la réponse est OUI.

Dans le cas contraire, la réponse est NON.

S'il s'agit d'une exposition autre qu'un AES**, la réponse est NA.

Critère 4 : *En cas de rapport sexuel le type de rapport (vaginal, anal ou oral) est noté*

Si le type de rapport est noté, la réponse est OUI.

Dans le cas contraire la réponse est NON.

S'il ne s'agit pas d'un accident d'exposition sexuelle, la réponse est NA.

Critère 5 : *Le statut sérologique VIH du sujet-source (positif, négatif ou inconnu) est noté*

Si le statut sérologique du sujet-source (qu'il soit positif, négatif ou inconnu) est noté, la réponse est OUI.

Dans le cas contraire, la réponse est NON.

Critère 6 : *En cas de statut sérologique inconnu, la notion de sujet-source à risque (ou non) est notée*

Si les informations notées sur le dossier permettent de classer le sujet-source dans ou hors de la catégorie « sujet à risque », la réponse est OUI.

Dans le cas contraire la réponse est NON.

Si le statut sérologique du sujet-source est connu, la réponse est NA.

Si le sujet-source est inconnu (piqûre par aiguille abandonnée) la réponse est NA

** AES : accident d'exposition au sang

[†] UDIV : utilisation de drogue intraveineuse

Annexe 3

Ancienne procédure interne des urgences du CHU de Nantes
sur la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral
(1999)

PROPHYLAXIE ANTI-RETROVIRALE APRES EXPOSITION ACCIDENTELLE AU V.I.H

Auteurs : : Dr Laurence STRUILLLOU, Dr Philippe LE CONTE

*Créé en Janvier 1999
Mise à jour 6/8/2005*

1 - CRITERES DE TRIAGE

- **Priorité : 2**

2 - ELEMENTS DE DIAGNOSTIC CLINIQUE

- **Exposition accidentelle à du sang ou un liquide biologique contenant du sang par effraction cutanée (blessure, piqûre, coupure...) ou projection sur une peau lésée ou sur les muqueuses**
 - **professionnelle :**
 - personnel soignant
 - éboueurs, collecteurs de déchets
 - **non professionnelle :**
 - partage de matériel d'injection entre toxicomanes
 - blessure avec une aiguille ou tout objet contaminé traînant sur la voie publique
- **Rapport sexuel** avec un partenaire connu comme séropositif pour le V.I.H ou dont le statut V.I.H n'est pas connu mais considéré comme plus ou moins à risque (homosexuel, bisexuel, usager de drogue IV, hétérosexuel multi-partenaire, partenaire originaire d'une zone à transmission hétérosexuelle prédominante : Afrique sub-saharienne, Caraïbes, Asie du sud-est).

3 - EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire

4 - TRAITEMENT

- **Accident d'exposition professionnelle d'un membre du personnel du C.H.U de NANTES**
 - aux heures ouvrables, en semaine : service de Médecine du Travail
 - en dehors de heures d'ouverture du service de Médecine du travail : médecin référent du service de Médecine Interne B (contacter le poste 83328)
- **Accident d'exposition professionnelle hors C.H.U de NANTES** (infirmier(e) libéral(e), cabinet dentaire, éboueur...)
- **Accident d'exposition sexuelle**
- **Partage de matériel d'injection entre toxicomanes**
- **Blessure avec une aiguille ou tout objet contaminé traînant sur la voie publique**
 - de 9 H à 17 H du lundi au vendredi : C.I.S.I.H (7ème étage Aile Nord) : tph 83112
 - en dehors des heures d'ouverture du C.I.S.I.H : service d'URGENCE

5 - MODALITES DE PRESCRIPTION A L'URGENCE

La prescription est faite par le Médecin Senior de garde.

Un kit de traitement pour trois jours est disponible dans la pharmacie de la bulle de Médecine.

Il suffit de donner ce kit à la personne et de recopier l'ordonnance-type qui se trouve avec le kit (COMBIVIR = association AZT et 3TC + VIRACEPT + anti-protéase).

La personne devra ensuite être revue en consultation au C.I.S.I.H dans les quarante-huit heures (lettre-type à lui remettre avec le kit de médicament).

En cas de doute, quelle que soit l'heure, le médecin référent du service de Médecine Interne B peut toujours être contacté par l'intermédiaire du **poste 83328**.

6 - QUELQUES QUESTIONS PRATIQUES

- **Risque de contamination par ordre décroissant après exposition avec un partenaire atteint ou par du matériel contaminé**

- Rapport anal réceptif non protégé : 0,5 à 3,2 %
- Partage de seringues (toxicomanes) : 0,67 %
- Piqûre par aiguille (soignant) : 0,32 %
- Rapport vaginal réceptif non protégé : 0,05 à 0,15 %
- Rapport vaginal ou anal insertif : 0,03 à 0,09 %
- Rapport oral : pas de quantification (risque non nul)

- **A qui prescrire la trithérapie en cas d'accident d'exposition sexuelle ?**

Le cas typique est celui où le préservatif s'est déchiré au cours d'un rapport sexuel avec un partenaire séropositif pour le V.I.H mais cela peut aussi être un rapport avec un partenaire dont le statut sérologique n'est pas connu ...

La tendance actuelle est de prescrire une trithérapie à toute personne qui le demande parce qu'elle estime présenter un risque d'avoir été contaminée et que vous ne pouvez pas lui affirmer le contraire. Pensez à l'aspect médico-légal si vous refusez de prescrire une trithérapie dans cette situation et que la personne devient ultérieurement séropositive ...

- **Si le sujet source a une charge virale plasmatique V.I.H indétectable, le risque de contamination est-il nul ?**

Non ; le risque de contamination persiste même si la charge virale

plasmatique est indétectable.

- **Quel est le risque de contamination en cas de blessure avec une aiguille retrouvée sur la voie publique ?**

Le risque est faible car il s'agit en général de sang coagulé et le V.I.H résiste peu longtemps dans ces conditions. Mais le risque n'est pas nul.

- **Quel bilan biologique avant la prescription ?**

Aucun bilan biologique n'est nécessaire en urgence. Le bilan sera fait au cours de la consultation au C.I.S.I.H.

- **Dans quel délai faut-il commencer la trithérapie ?**

Si possible dans les quatre heures qui suivent l'exposition au risque et jusqu'à quarante-huit heures après.

- **Quelle efficacité ?**

Rien n'est démontré.

- **Quelle sera la durée du traitement ?**

Si l'indication du traitement est maintenue après la consultation au C.I.S.I.H, le traitement sera prescrit pour une durée de quatre semaines.

- **Quels sont les effets secondaire de ce traitement ?**

Ils se résument à des troubles digestifs (nausées, diarrhée).

- **Que faire chez la femme enceinte ?**

Il faut obligatoire prendre l'avis du médecin référent du service de Médecine Interne B (tph 83328).

- **Quelle est la prise en charge par la Sécurité Sociale ?**

Le traitement est remboursé à 100% par la Sécurité Sociale.

Annexe 4

Fiche d'information destinée au patient traité jointe au TPE (avant 2006)

HOTEL DIEU 1 Place Alexis RICORDEAU 44093 NANTES Cedex 1	
Coordinateur Professeur François RAFFI	A l'attention des personnes exposées au risque de transmission du V.I.H.
Praticiens Hospitaliers Dr Eric BILLAUD Dr Brigitte MILPIED	
Attachés Dr Michel SESNIER Dr Brigitte GUEGLIO Dr Alain HUART Dr François-Xavier LEMESSE Dr Véronique RELIQUET Dr Fabienne SAUSER Dr Nicolas TOURNEMINE	Madame, Monsieur,
Moniteurs d'Etudes Cliniques Dr Clotilde ALLAVENA Dr Nathalie DENIS Dr Cécile FRANCOIS	Un traitement antirétroviral prophylactique vous a été proposé en raison d'une exposition à un risque de transmission du V.I.H.
Psychiatre Dr Jean BERTHELEMY	Ce traitement doit être pris selon les indications fournies avec les médicaments.
Psychologues Mr. Jacques MICHEL Mme Christelle SUPLOT	Il est impératif que dans un délai de 48-72 heures, en pratique dès que possible, aux heures ouvrables, vous soyez vu en consultation par un médecin du C.I.S.I.H. afin de refaire le point sur le risque de transmission du V.I.H., le traitement prophylactique et la surveillance absolument nécessaires.
Dietéticienne Mme Nadine GOUJON	Il vous appartient, en conséquence, de prendre rendez- vous, dès que possible, et en pratique entre 8 heures et 18 heures, au secrétariat du C.I.S.I.H. (Tél : 02.40.08.31.12).
Surveillante Chef Aline Jocelyne RENAUD	Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de nos sentiments dévoués.
Surveillante Aline Anny EON	L'Equipe Médicale du C.I.S.I.H.
Secrétariat Hôpital de Jour et Consultations Téléphone : 02.40.08.31.12 Mlle Claudie GREE Mlle Sophie FERROYS	
Assistante Administrative 02.40.08.31.20 Mlle Laure HERAUD	
Techniciennes d'Etudes Cliniques 02.40.08.31.10 Mme Marie - Françoise CHARONNAT 02.40.08.31.09 Mme Myriam SICOT	
Assistants Sociaux 02.40.08.31.43 Mme Martine GARANDI 02.40.08.31.43 Mme Valérie GOURDON-TREBILLO	
REVIH Nantes Téléphone : 02.40.08.31.48 Télécopie : 02.40.08.31.13	
Salle de soins 02.40.08.31.02	

Annexe 5

Nouvelle procédure interne des urgences du CHU de Nantes sur la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral (2007)

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES Pôle Urgences	ACCIDENTS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL (AERV)	SAU	Référence : 2080- PR-PRS- 018
	Processus : PRESCRIPTION Rubrique de classement Intranet : Pôle URGENCES Rubrique de classement interne au service : INFECTIONS	Page 1 / 11	V 1 MAJ 05.03.2007

1- OBJET

Prise en charge des accidents d'exposition au risque viral (AERV) aux urgences adultes, en dehors des heures d'ouverture du service d'inféctiologie (lundi- vendredi 8h30-17h, tél : 83112).

NB : Les accidents de travail survenus dans un autre service de l'hôpital sont gérés par le médecin de garde ou d'astreinte pour ce service, qui doit si besoin prescrire la sérologie VIH du patient-source en urgence et en recevoir le résultat. Si un traitement antirétroviral est nécessaire en urgence, ce médecin doit contacter l'interne de garde de pharmacie (bip 260729).

2- OBJECTIFS

Evaluer le niveau de risque de transmission et poser l'indication d'un traitement antirétroviral en urgence.

Informers les patients sur le traitement antirétroviral et sur le suivi médical ultérieur (avec ou sans prescription de traitement antirétroviral).

3- DOMAINE D'APPLICATION

Service d'Accueil d'Urgences Adultes.

4- DEFINITIONS

Les accidents d'exposition au risque viral regroupent :

- Les accidents d'exposition au sang : exposition percutanée (piqûres, coupures) ou cutanéomuqueuse (projection oculaire ou sur peau lésée) aux liquides biologiques (sang ou liquide contenant visiblement du sang) avec un risque de contamination par les virus VIH, VHB et/ou VHC. Ces accidents peuvent être professionnels (infirmiers, secouristes...) ou extra-professionnels (partage de matériel d'injection entre toxicomanes, blessure par objet tranchant abandonné et souillé de sang).
- Les rapports sexuels non protégés : exposition muqueuse aux sécrétions génitales d'un(e) partenaire porteur(se) ou potentiellement porteur(se) d'infection VIH, VHB ou VHC évolutive.

5- DOCUMENTS DE REFERENCE

- Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'expert, rapport 2006 (Médecine-Sciences Flammarion). Chapitre 16, pages 302-317 : prise en charge des situations d'exposition au risque viral
- Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS n°2003/165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.

6- CONTENU DU DOCUMENT

6.1 Rappel des traitements disponibles	page 2
6.2 Modalités d'accueil aux urgences	page 2
6.3 Consultation du médecin senior et décision de traitement	page 2
6.4 Accident d'exposition au sang, contexte professionnel	page 4
6.5 Accident d'exposition au sang, contexte non professionnel	page 5
6.6 Rapport sexuel non protégé	page 6
6.7 Partage de matériel d'injection de drogues I.V	page 7
6.8 Autres expositions	page 7
6.9 Si le traitement antirétroviral en urgence est recommandé	page 8

REDACTEUR	Visa	VERIFICATEUR	Visa	APPROBATEUR	Visa	Date Application
Dr. M. Dary		Pr. F. Raffi Dr. C. François		Dr. P. Heuet Directeur pôle urgences		

6.10 Si le traitement antirétroviral en urgence *n'est pas* recommandé

page 9

6.1 RAPPEL DES TRAITEMENTS DISPONIBLES

En cas de risque élevé de transmission du VIH une prophylaxie antirétrovirale doit être proposée en urgence. Ce traitement post-exposition diminue le risque sans l'annuler. Il est d'autant plus efficace qu'il est administré précocement : au mieux dans les 4 heures suivant l'exposition, au plus tard dans les 48h.

Au-delà de ce délai le traitement n'est pas recommandé en urgence mais le patient doit être vu en consultation.

Ce traitement *n'est pas recommandé* dans les situations à faible risque de transmission du VIH (voir tableau 1 page 3) car le risque d'effet indésirable grave des médicaments est alors supérieur au risque viral.

En cas de risque de transmission du VHB (sujet exposé non vacciné) une vaccination doit être proposée et débutée dans les 72 heures. Si le sujet source est porteur d'une infection VHB active documentée, une injection d'immunoglobulines spécifiques doit être administrée dans les 72 heures au sujet exposé s'il n'est pas vacciné ou s'il est non répondeur.

En cas de risque de transmission du VHC, aucun traitement préventif n'est disponible actuellement mais un suivi sérologique est recommandé pour traiter précocement une éventuelle séroconversion.

6.2 MODALITES D'ACCUEIL AUX URGENCES

Codage : Accident d'exposition au sang ou Rapport sexuel non protégé.

Priorité 2 : si l'accident date de moins de 48h et que le risque de transmission du VIH est jugé élevé, le traitement proposé doit être débuté le plus tôt possible.

Appeler un médecin senior.

Installer le consultant dans le salon d'accueil ou dans le bureau médical (box 0).

Lui remettre la feuille d'information « **Après un rapport sexuel non protégé** » ou « **Après un accident d'exposition au sang** » (feuilles stockées dans le classeur situé dans la bulle de l'IAO).

Joindre au dossier des urgences le **questionnaire AERV** (stocké dans le même classeur).

6.3 CONSULTATION DU MEDECIN SENIOR ET DECISION DE TRAITEMENT

Compléter le **questionnaire AERV**. Si besoin, compléter l'observation sur le dossier bleu des urgences.

A l'aide de ce questionnaire il faut décider si un traitement antirétroviral prophylactique est indiqué ou non. Le **tableau 1** résume les recommandations des experts selon les situations (voir page 3).

Tableau 1. Recommandations de traitement antirétroviral en urgence à visée prophylactique selon les types d'exposition au risque de transmission du VIH.

d'après « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH », rapport 2006

Risque et nature de l'exposition	Sérologie VIH de la personne-source	
	positive	inconnue
Exposition professionnelle		
Risque important : Piqûre profonde, aiguille creuse, dispositif intravasculaire	Traitement recommandé	Traitement recommandé <u>SI</u> sujet-source à risque ⁽¹⁾
Risque intermédiaire : Coupure avec bistouri Piqûre avec aiguille IM ou SC Piqûre avec aiguille pleine Contact d'une quantité importante de sang sur muqueuse ou peau lésée avec temps de contact > 15 mn.	Traitement recommandé	Traitement NON recommandé
Risque minime : Autres cas, morsures, griffures	Traitement NON recommandé	Traitement NON recommandé
Exposition sexuelle		
Rapport avec pénétration anale ou vaginale (avec ou sans éjaculation)	Traitement recommandé	Traitement recommandé <u>SI</u> sujet-source à risque ⁽¹⁾ ou situation à risque ⁽²⁾
Fellation réceptive avec éjaculation	Traitement recommandé	Traitement NON recommandé
Usage de drogue intraveineuse		
Partage de seringue et/ou aiguille	Traitement recommandé	Traitement recommandé
Partage du reste du matériel	Traitement recommandé	Traitement NON recommandé
Autres expositions		
Contact d'une quantité importante de sang sur muqueuse ou peau lésée avec temps de contact > 15 mn.	Traitement recommandé	Traitement NON recommandé
Autres cas, morsures, griffures	Traitement NON recommandé	Traitement NON recommandé
Piqûre avec seringue abandonnée		Traitement NON recommandé

(1) Sujet-source à risque : toxicomane I.V., homosexuel ou bisexuel masculin, partenaires sexuels multiples, originaire d'un pays de forte prévalence VIH, rapports sexuels non protégés avec sujet « à risque »

(2) Situation à risque : prise de substances psycho-actives, partenaires multiples, période menstruelle, saignement pendant le rapport, lésions génitales, ulcérations des muqueuses, agression sexuelle.

NB : si l'accident d'exposition date de plus de 48h, le traitement n'est pas recommandé mais le suivi sérologique doit être réalisé par la médecine du travail (exposition professionnelle) ou le médecin traitant ou le CDAG (autres expositions).

6.4. ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG, CONTEXTE PROFESSIONNEL

6.4.1. Premiers gestes

Exposition percutanée ou sur peau lésée :

Laver immédiatement à l'eau et au savon. Rincer. Désinfecter par Dakin ou eau de Javel diluée au 1/10 ou à défaut par alcool à 70° ou polyvidone iodée dermique. Temps de contact > 5 minutes.

Exposition muqueuse (conjonctive) :

Rincer immédiatement et abondamment au sérum physiologique ou à l'eau.

6.4.2. Evaluer le niveau de risque

Risque élevé : Piqûre profonde, aiguille creuse, dispositif intravasculaire (cathéter veineux ou artériel)

Risque intermédiaire : Coupure par bistouri, piqûre par aiguille IM ou SC, piqûre par aiguille pleine (aiguille à suture), contact d'une quantité importante de sang sur muqueuse ou peau lésée avec temps de contact supérieur à 15 mn.

Risque minime : Autres cas, morsures, griffures.

6.4.3. Risque élevé ou intermédiaire : vérifier la sérologie VIH du patient source

Patient source VIH + connu ou suspect de primo-infection VIH :

Contactez le médecin d'astreinte en infectiologie (tél. : 83328)

Patient source de sérologie VIH inconnue : **prélever le patient source, avec son accord, pour une sérologie VIH en urgence** et des sérologies VHB et VHC sans urgence.

Informez l'interne de biologie de garde (bip 260734), noter sur la demande d'examen le nom et le bip du médecin de garde à qui communiquer le résultat par téléphone (délai < 2 heures).

Si le patient-source est incapable d'exprimer son accord ou son désaccord il faut effectuer le prélèvement et informer la personne de confiance du patient, puis le patient si son état s'améliore.

Si le patient-source n'est pas disponible ou s'il refuse clairement le prélèvement, sa sérologie VIH reste inconnue : si le risque est élevé et que le patient-source présente des facteurs de risque d'infection VIH, débiter en urgence un traitement post-exposition standard (kit ARV des urgences). Organiser dès que possible un prélèvement des sérologies VIH, VHB et VHC du patient source pour guider les décisions ultérieures concernant le traitement et le suivi.

Patient source de sérologie VIH négative récente (< 1 mois) et non suspect de primo-infection :

Pas d'indication de traitement antirétroviral.

6.4.4. Traitement antirétroviral recommandé en urgence dans les situations suivantes (selon rapport d'experts 2006) :

Après un accident de risque élevé :

si la sérologie VIH du patient source est *positive*

ou si sa sérologie VIH est *inconnue* mais qu'il présente des *facteurs de risque d'infection VIH* : toxicomane I.V., homosexuel ou bisexuel masculin, partenaires sexuels multiples, originaire d'un pays de forte prévalence VIH, rapports sexuels non protégés avec sujet « à risque ».

Après un accident de risque intermédiaire : seulement si la sérologie VIH du patient source est *positive*.

Après un accident de risque minime : en aucun cas.

6.4.5. Hépatite B

En principe tout le personnel soignant est vacciné contre le VHB.

Si la personne exposée n'est pas vaccinée, une vaccination peut être débutée dans les 72 heures.

Si le patient source est porteur d'une infection VHB active et que la personne exposée n'est pas immunisée, une injection d'Ig anti-HBs doit être réalisée dans les 72 heures par la médecine du travail.

6.4.6. Déclaration d'accident de travail

Informez le cadre infirmier de garde (si la personne exposée fait partie du personnel hospitalier).

Faire la déclaration d'accident de travail dans les 24 heures.

Consulter le service de médecine du travail dès le premier jour ouvrable pour le bilan initial et le suivi.

6.5 ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG, CONTEXTE NON PROFESSIONNEL

La conduite à tenir aux urgences est identique (cf 6.4), mais il n'y a pas de déclaration d'accident de travail et le suivi sera réalisé par le spécialiste d'inféctiologie en cas de traitement, et par le médecin traitant ou le CDAG en l'absence de traitement.

6.6 RAPPORT SEXUEL NON PROTEGE

6.6.1. Traitement antirétroviral recommandé en urgence dans les situations suivantes (selon rapport d'experts 2006) :

Après un rapport avec pénétration vaginale ou anale :

si la sérologie VIH du (de la) partenaire est *positive*

si sa sérologie est *inconnue mais* qu'il (elle) présente des *facteurs de risque d'infection VIH* : toxicomane I.V., homosexuel ou bisexuel masculin, partenaires sexuels multiples, originaire d'un pays de forte prévalence VIH, rapports sexuels non protégés avec sujet « à risque »

si sa sérologie est *inconnue mais* qu'il existe une *situation à risque* : prise de substances psychoactives, partenaires multiples, période menstruelle, saignement pendant le rapport, lésions génitales, ulcérations des muqueuses, agression sexuelle.

Après une fellation réceptive avec éjaculation :

Seulement si la sérologie du partenaire est *positive*.

6.6.2. Pénétration vaginale ou anale, fellation réceptive avec éjaculation : vérifier la sérologie VIH du partenaire

Partenaire VIH + connu(e) ou suspect de primo-infection VIH :

Contactez le médecin d'astreinte en infectiologie (tél. : 83328)

Partenaire de sérologie VIH inconnue :

Partenaire présent lors de la consultation : prélever, avec son accord, une sérologie VIH en urgence et des sérologies VHB et VHC sans urgence.

Informez le biologiste de garde (bip 260734), noter sur la demande d'examen le nom et le bip du médecin de garde à qui communiquer le résultat par téléphone (délai < 2 heures).

Partenaire absent : rechercher par l'interrogatoire une *situation à risque* ou des *facteurs de risque* d'infection VIH chez le (la) partenaire, qui motiveraient un traitement antirétroviral en urgence après un rapport avec pénétration vaginale ou anale.

Demander à la personne exposée de contacter dès que possible son ou sa partenaire pour faire prélever rapidement des sérologies VIH, VHB et VHC, afin de guider les décisions ultérieures concernant le traitement et le suivi.

Partenaire de sérologie VIH négative récente (< 1 mois) et non suspect de primo-infection :

Pas d'indication de traitement antirétroviral ni de suivi sérologique VIH.

6.6.3. Autres risques de MST

S'informer du statut vaccinal et sérologique VHB de la personne exposée, et proposer largement une vaccination anti-VHB, à débuter dans les 72h, associée à une injection d'Ig anti-HBs en cas d'infection VHB évolutive connue chez le ou la partenaire.

Informez sur le risque de transmission d'autres IST : syphilis, gonocoque, chlamydia.

Le suivi sérologique sera réalisé en infectiologie en cas de traitement antirétroviral ou par le médecin traitant ou le CDAG en l'absence de traitement.

6.6.4. Femmes en âge de procréer

Si un traitement antirétroviral est recommandé, vérifier l'absence de grossesse (β -HCG).

En cas de grossesse, contactez le médecin d'astreinte en infectiologie (tél : 83328) pour discuter de l'indication. En l'absence de contraception, proposer la « pilule du lendemain » : NORLEVO® 1,5 mg 1 cp.

6.7. PARTAGE DE MATERIEL D'INJECTION DE DROGUE I.V.

Motif rare voire exceptionnel de consultation aux urgences.

Partage avec sujet VIH + connu ou suspect de primo-infection VIH :

Contactez le médecin d'astreinte en infectiologie (tél. : 83328)

Partage avec sujet(s) de sérologie VIH inconnue : le traitement antirétroviral est recommandé en urgence en cas de partage de la seringue et/ou de l'aiguille et/ou de la préparation.

Dans tous les cas :

S'informer du statut vaccinal et sérologique VHB de la personne exposée, et proposer largement une vaccination anti-VHB, à débiter dans les 72h, associée à une injection d'Ig anti-HBs en cas d'infection VHB évolutive connue chez l'une des personnes ayant partagé le matériel d'injection.

Informez du risque de transmission du VHC et de la possibilité d'un traitement précoce en cas de séroconversion. Le suivi sera réalisé en infectiologie en cas de traitement antirétroviral, et par le CDAG ou le médecin traitant en l'absence de traitement.

Rappeler les possibilités d'accès à du matériel d'injection stérile. Proposer un suivi en addictologie.

6.8. AUTRES EXPOSITIONS

En cas de piqûre par aiguille ou seringue abandonnée, de griffure ou morsure, le traitement antirétroviral n'est pas recommandé, sauf situation exceptionnelle. Un suivi médical est cependant nécessaire.

Remettre la feuille d'information « [suivi après un accident d'exposition au risque viral sans prescription de trithérapie](#) » (rangée dans la pharmacie avec les kits).

Rappeler à la personne exposée qu'elle doit prendre rendez-vous dans les 3 jours auprès de son médecin habituel ou au centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) pour organiser ce suivi (coordonnées du CDAG sur la feuille d'information).

6.9. SI UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL EN URGENCE EST RECOMMANDE

Ce traitement diminue nettement le risque de transmission mais ne l'annule pas complètement.
Il doit impérativement être réévalué le plus tôt possible (dans les 72h) par un médecin spécialiste.
Si l'indication est confirmée, il devra être poursuivi 28 jours : un traitement de 3 jours ne suffit pas !
ATTENTION : week-end de 3 jours = 2 kits !

Pour les femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception efficace, demander la date des dernières règles et vérifier par un dosage de β -HCG l'absence de grossesse débutante.
En cas de grossesse, contacter le médecin d'astreinte pour discuter de l'indication et du choix du traitement antirétroviral.
En l'absence de grossesse, proposer si besoin une contraception d'urgence : NORLEVO® 1,5 mg 1 cp.

6.9.1. Vérifier l'absence de contre-indication ou d'interaction significative

Contre-indications : hypersensibilité connue à l'un de ces médicaments, insuffisance hépatique sévère, anémie sévère ou neutropénie sévère, allaitement.

Associations contre-indiquées : amiodarone, dérivés de l'ergot de seigle, pimozide, triazolam, rifampicine, préparations à base de millepertuis.

Associations déconseillées : sildénafil, simvastatine, atorvastatine, dexchlorphéniramine, quinidines, érythromycine, clarithromycine, fluticasone.

Associations nécessitant une surveillance particulière : warfarine, phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine, inhibiteurs calciques dihydropyridiniques, contraceptifs hormonaux.

6.9.2. Informer sur les principaux effets indésirables possibles

Diarrhées fréquentes (> 10%). Nausées, vomissements, douleurs abdominales, maux de tête, insomnie, fatigue, éruption cutanée sont aussi possibles mais moins fréquents. Anémie, neutropénie et autres anomalies du bilan hépatiques sont possibles. Les autres effets indésirables sont rares.
Un bilan biologique sera réalisé lors de la première consultation en infectiologie puis au 15^{ème} jour et à la fin du traitement.

6.9.3. Donner à la personne exposée le kit antirétroviral (rangé dans la pharmacie) contenant les comprimés pour les 3 premiers jours de trithérapie COMBIVIR®-KALETRA® et la [fiche d'information](#) située dans la pochette avec les comprimés.

Lui demander de débiter immédiatement le traitement par 1 cp de COMBIVIR® et 2 cp de KALETRA®, avec un verre d'eau. Les prises suivantes doivent s'effectuer deux fois par jour, toutes les 12 heures environ.

Noter sur la fiche d'information la date et l'heure de la prochaine prise.

ATTENTION : en cas de week-end de 3 jours, donner 2 kits aux patients consultant entre le vendredi soir et le samedi après-midi.

6.9.4. Rappeler la nécessité de consulter dès que possible en infectiologie

(coordonnées et heures d'ouverture sur la fiche d'information) pour réévaluer l'indication et la tolérance de ce traitement et pour organiser le suivi médical. Pendant toute la durée de ce suivi : protection des rapports sexuels par préservatifs, pas de don de sang, pas de grossesse ni d'allaitement.

6.9.5. Ces médicaments ne doivent pas être laissés à la portée des enfants

Les comprimés inutilisés doivent être rapportés lors de la première consultation en infectiologie.

6.9.6. Adresser le premier feuillet du questionnaire en infectiologie (Flu 9631) et le deuxième feuillet (jaune) à la pharmacie (Flu 2241) pour réassort immédiat du kit.

6.10. SI LE TRAITEMENT ARV EN URGENCE N'EST PAS RECOMMANDE

C'est que le risque de transmission du VIH est très faible, et est inférieur au risque de mauvaise tolérance du traitement antirétroviral ou bien que l'accident d'exposition datant de plus de 48 heures les chances de succès d'un traitement prophylactique sont très faibles, et sont inférieures au risque de mauvaise tolérance du traitement antirétroviral.

Un suivi médical est cependant nécessaire pendant 3 à 6 mois (6 mois pour les accidents professionnels) pour vérifier l'absence de transmission du VIH ou d'autres infections et proposer un traitement si besoin.

Pendant toute la durée de ce suivi : protection des rapports sexuels par préservatifs, pas de don de sang, pas de grossesse ni d'allaitement.

Remettre la feuille d'information « [suivi après un accident d'exposition au risque viral sans prescription de trithérapie](#) » (rangée dans la pharmacie avec les kits).

Rappeler à la personne exposée qu'elle doit prendre rendez-vous dès que possible (dans les 3 jours) auprès de son médecin habituel ou au centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) pour organiser ce suivi (coordonnés du CDAG sur la feuille d'information).

Annexe 6

Amélioration de la qualité de la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral aux urgences adultes

Document d'aide à la décision médicale - Recto (1/2)



- Accident d'Exposition avec Risque Viral - (AERV) VIH, VHB, VHC.

Etiquette
SIGMA

A COLLER SUR
CHAQUE FEUILLE!

Date et heure de l'accident d'exposition/...../20..... vers.....h.....

☐ Délai > 48h : Pas d'indication de traitement antirétroviral (ARV) en urgence, mais suivi nécessaire

Personne exposée

Antécédents : Traitement habituel :

Sérologie VIH antérieure : ☐ Inconnue ☐ Négative ☐ Date :/...../20.....

Immunisée contre VHB : ☐ Non ☐ Oui ☐ Ne sait pas

Grossesse en cours : ☐ 1^{er} trimestre ☐ 2^{ème} trimestre ☐ 3^{ème} trimestre

Grossesse non exclue : ☐ Prélever B-HCG en urgence ☐ si indication de traitement ARV

Sujet source

☐ Sérologie VIH négative récente (< 1 mois) ☐ Pas de traitement ARV en urgence

☐ Primo-infection suspectée ☐ contacter spécialiste d'astreinte

☐ Sérologie VIH positive ☐ Jamais traité ☐ Sous traitement efficace ☐ En échec de traitement

☐ Sérologie VIH inconnue

☐ Sujet source présent : Prélever, avec son accord, une sérologie VIH en urgence (cf verso)

☐ Sujet source absent : En cas d'exposition au sang avec risque important ou de rapport avec pénétration anale ou vaginale, rechercher si sujet "à risque" d'infection VIH ou situation "à risque" (cf verso).

Organiser le plus tôt possible un prélèvement des sérologies VIH, VHB, VHC du sujet source.

☐ Hépatite B active connue (Ag HBs +) : Prévoir Ig + Vaccin VHB dans les 72h si besoin.

Exposition au sang (ou liquide biologique contenant visiblement du sang)

☐ Risque important ☐ Risque intermédiaire ☐ Risque minime (cf définitions au verso)

☐ Accident de travail ☐ Déclaration dans les 24h + Consultation médecine du travail

Exposition sexuelle

☐ Rapport avec pénétration anale ou vaginale ☐ Fellation avec éjaculation

☐ Indication de contraception d'urgence (NORLEVO® 1cp ou (si traitement ARV) TETRAYNON® 2 x 2 cp).

Exposition par usage de drogue intraveineuse

☐ Partage de la seringue, de l'aiguille et/ou de la préparation ☐ Partage du reste du matériel

CONSULTER LES RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT ARV AU VERSO

Traitement non recommandé

☐ Rapport bénéfice/risque insuffisant d'un traitement ARV expliqué

☐ Fiche d'information "suivi après exposition au risque viral" remise au consultant

Traitement recommandé

Avis spécialisé (tél. 83328) indispensable et urgent si :

☐ Sujet source VIH positif traité ou en échec thérapeutique : pour choisir le meilleur traitement

☐ Personne exposée enceinte : pour confirmer le rapport bénéfice/risque

☐ Sujet source suspect de primo-infection VIH : pour confirmer l'indication de traitement

Sujet source de sérologie VIH inconnue ou VIH positif jamais traité

☐ Kit ARV et la fiche d'information "traitement ARV" remis au consultant.

☐ Traitement expliqué ☐ Absence de contre-indication ou d'interaction vérifiée

☐ Première prise surveillée ☐ Heure de prochaine prise notée sur la fiche d'information

☐ Nécessité d'une consultation au CISH dans les 3 jours au plus tard rappelée

Traitement administré Première prise :/...../20..... àh.....

☐ Kit ARV des urgences : COMBIVIR® 1 cp matin et soir + KALETRA® 2 cp matin et soir

☐ Autre traitement ARV (faire ordonnance nominative pour 3 jours)

Date/...../20..... Heureh..... Nom du médecin BIP

Signature

Feuillet 1 : à adresser au CISH en cas de traitement (code Flu 963E)

Feuillet 2 : à adresser à la pharmacie en cas de traitement (code Flu 224L)

Feuillet 3 : à conserver dans le dossier des urgences

Annexe 6

Amélioration de la qualité de la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral aux urgences adultes

Document d'aide à la décision médicale - Verso (2/2)



- Accident d'Exposition avec Risque Viral - (AERV) VIH, VHB, VHC.

Pour demander une sérologie VIH du sujet source en urgence

Prévenir le biologiste de garde (**bip 260734**)

Noter sur le bon de virologie "urgent, Accident d'exposition VIH", le nom et le bip du prescripteur. La première technique est réalisée et rendue par téléphone au prescripteur dans les 2 heures.

La deuxième technique est réalisée le jour ouvrable suivant, ainsi que les sérologies VHB et VHC.

Accidents d'exposition au sang : définitions des niveaux de risque

Risque important : Piqûre profonde, Aiguille creuse, Dispositif intravasculaire.

Risque intermédiaire : Coupure avec un bistouri, Piqûre avec une aiguille IM ou SC, Piqûre avec une aiguille pleine (aiguille à suture), Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 minutes.

Risque minime : Morsures, Griffures, Autres cas.

Recommandations de traitement antirétroviral en urgence (d'après rapport d'experts 2006)

Risque et nature de l'exposition		Sérologie VIH du sujet-source	
		positive	inconnue
Exposition au sang	Risque important	Traitement recommandé	Traitement recommandé SI sujet-source à risque (1)
	Risque intermédiaire	Traitement recommandé	Traitement NON recommandé
	Risque minime	Traitement NON recommandé	Traitement NON recommandé
Exposition sexuelle	Rapport avec pénétration anale ou vaginale	Traitement recommandé	Traitement recommandé SI sujet-source à risque (1) ou situation à risque (2)
	Fellation réceptive avec éjaculation	Traitement recommandé	Traitement NON recommandé
Usage de drogue intraveineuse	Partage de seringue, aiguille, préparation	Traitement recommandé	Traitement recommandé
	Partage du reste du matériel	Traitement recommandé	Traitement NON recommandé
Autres expositions	Piqûre avec seringue abandonnée		Traitement NON recommandé

(1) Sujet-source à risque : toxicomane I.V., prostitué(e), homosexuel ou bisexuel masculin, partenaires sexuels multiples, originaire d'un pays de forte prévalence VIH, rapports non protégés avec sujet "à risque".

(2) Situation à risque : prise de substances psycho-actives, partenaires multiples, période menstruelle, saignement pendant le rapport, lésions génitales, ulcérations des muqueuses.

coordonnées du spécialiste d'astreinte

Téléphoner à l'IDE du service de maladies infectieuses au 83328

A contacter en **cas de doute** sur l'indication du traitement, **et systématiquement si**

- Sujet source VIH positif traité ou en échec thérapeutique : pour choisir le traitement.
- Personne exposée enceinte : pour confirmer le rapport bénéfice/risque.
- Sujet source suspect de primo-infection VIH : pour confirmer l'indication de traitement.

Annexe 7

Amélioration de la qualité de la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral aux urgences adultes

Document d'information destiné au patient après un AES (1/2)

SI VOUS AVEZ D'AUTRES QUESTIONS

n'hésitez pas à les poser lors de cette consultation. Si vous avez besoin d'autres informations par la suite, vous pourrez également contacter le CDAG, les services d'information spécialisés ou les associations dont les coordonnées se trouvent ci-dessous.

MEDECINE DU TRAVAIL DU PERSONNEL HOSPITALIER

Lundi-Vendredi de 8H30 - 12H15 - 13H30 - 16H45

02 40 08 45 53

CHU Bâtiment le Tourville - 5, Rue du Pr. Y. Bocquien - 44000 Nantes

Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG)

Lundi-Vendredi de 9h à 17h

de préférence sur rendez-vous - 02 40 08 31 19

CHU Bâtiment le Tourville - 5, Rue du Pr. Y. Bocquien - 44000 Nantes

AIDES

4, rue Maurice Sibille - 44000 Nantes

02 40 47 99 56

www.aides.org

SIDA Info service

7j/7 24H/24

0800 840 800 (anonyme et gratuit)

www.sida-info-service.org

HEPATITES Info service

7j/7 9H/23H

0800 845 800 (anonyme et gratuit)

www.hepatites-info-service.org

Après un accident d'exposition au sang

Vous consultez après un accident d'exposition au sang parce que vous craignez une contamination par le VIH ou par les hépatites B ou C.

INFECTION VIH :

Ce risque est souvent faible, mais certaines situations justifient une trithérapie en urgence, qui peut empêcher l'infection à condition d'être débutée le plus tôt possible (au plus tard dans les 48h) et d'être bien suivie pendant 4 semaines. Ce traitement n'est pas toujours bien toléré, c'est pourquoi il n'est prescrit qu'en cas de risque "identifiable".

Le risque dépend bien sûr de la sérologie VIH du "sujet source" (le patient ou la personne avec qui vous avez eu un contact sanguin), mais aussi du type d'accident :

RISQUE IMPORTANT	- piqûre profonde, aiguille creuse, - dispositif intravasculaire
RISQUE INTERMÉDIAIRE	- coupure avec bistouri - piqûre avec une aiguille IM ou SC - piqûre avec une aiguille pleine (suture) - exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 minutes
RISQUE MINIME	- morsures, griffures, autres cas

Annexe 7

Amélioration de la qualité de la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral aux urgences adultes

Document d'information destiné au patient après un AES (2/2)

La Sérologie VIH du sujet source est positive :

- Une trithérapie est recommandée en cas de risque **important** ou **intermédiaire**.
- Si le sujet source prend (ou a pris) une trithérapie, il est important de connaître ses médicaments pour choisir pour vous le meilleur traitement.

La Sérologie VIH du sujet source est inconnue :

- Une sérologie doit être prélevée et réalisée en urgence, avec son accord.
- Si cette sérologie est négative cela vous permettra d'éviter une trithérapie inutile.

Si le sujet source n'est pas identifié ou pas disponible ... ou s'il refuse le prélèvement.

- Sa sérologie VIH reste donc inconnue. La trithérapie en urgence n'est recommandée que si le sujet source présente des facteurs de risque d'infection VIH et que le type d'accident entraîne un risque **important**.

Hépatite B

- Si vous êtes un professionnel de santé, vous êtes probablement déjà protégé par une vaccination contre l'hépatite B.
- Si ce n'est pas le cas, cette vaccination peut être débutée dans les prochains jours. Si le sujet source est porteur d'une hépatite B "active", une injection d'immunoglobulines devra être réalisée dans un délai de 72h, en même temps que la première dose de vaccin.

Hépatite C

- Il n'y a pas de traitement **préventif** efficace, mais si au cours du suivi votre sérologie d'hépatite C devient positive, un traitement **curatif** pourra être débuté précocement.

Annexe 8

Amélioration de la qualité de la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral aux urgences adultes

Document d'information destiné au patient après un rapport sexuel non protégé (1/2)

Pour bénéficier des conseils adaptés à votre situation, n'hésitez pas à répondre franchement et précisément aux questions du médecin

Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à les poser lors de cette consultation.
Si vous avez besoin d'autres informations par la suite, vous pourrez également contacter le CDAG, les services d'information spécialisés ou les associations dont les coordonnées se trouvent ci-dessous.

Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG)
Lundi-Vendredi de 9h à 17h
de préférence sur rendez-vous - 02 40 08 31 19
CHU Bâtiment le Tourville - 5, Rue du Pr. Y. Bocquien - 44000 Nantes

AIDES
4, rue Maurice Sibille - 44000 Nantes
02 40 47 99 56
www.aides.org

SIDA Info service
7j/7 24h/24
0800 840 800 (anonyme et gratuit)
www.sida-info-service.org

HEPATITES Infos service
7j/7 9h à 23h
0800 845 800 (anonyme et gratuit)
www.hepatites-info-service.org

INFO CONTRACEPTION ET IVG
0800 834 321 (anonyme et gratuit)
Lundi - Vendredi 9h à 18 h / Samedi 9h à 14h
www.planning-familial.org

Après un rapport sexuel non protégé

Vous consultez après un rapport sexuel non protégé parce que vous craignez une contamination par le VIH.

Le plus souvent ce risque est faible, mais certaines situations justifient une trithérapie en urgence.

Cette trithérapie peut empêcher l'infection à condition d'être débutée le plus tôt possible (au plus tard dans les 48 h) et d'être bien suivie pendant 4 semaines.

Ce traitement n'est pas toujours bien toléré, c'est pour quoi il n'est prescrit qu'en cas de risque "identifiable" de transmission du VIH.

Un rapport sexuel non protégé peut aussi entraîner d'autres infections ou une grossesse non désirée.

Il est donc nécessaire d'évaluer les risques avec un médecin.

Annexe 8

Amélioration de la qualité de la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral aux urgences adultes

Document d'information destiné au patient après un rapport sexuel non protégé (2/2)

Infection VIH

Votre partenaire ne connaît pas sa sérologie VIH :

Le test peut être réalisé ici en urgence, ou à défaut dans un laboratoire dans les prochains jours. Si cette sérologie est négative cela vous permettra d'éviter ou d'arrêter rapidement une trithérapie inutile.

Votre partenaire est séropositif(ve) pour le VIH :

Une trithérapie est recommandée en cas de pénétration anale ou vaginale et en cas de fellation avec présence de sperme.

Si votre partenaire prend (ou a pris) une trithérapie, il est important de connaître ses médicaments pour choisir pour vous le meilleur traitement.

Si votre partenaire refuse de faire le test

Si vous ne savez pas comment le ou la contacter ...

Sa sérologie VIH reste inconnue. L'indication de la trithérapie en urgence dépend des risques que présente votre partenaire et des circonstances de votre rapport sexuel. Nous vous poserons donc des questions plus précises pour savoir si un traitement est nécessaire.

Hépatite B

Le virus de l'hépatite B se transmet plus facilement que le VIH !

- Si vous n'avez pas encore été vacciné(e), c'est l'occasion de le faire. Cette vaccination peut être débutée dans les prochains jours.

- Si vous savez que votre partenaire est porteur(se) d'une hépatite B "active", une injection d'immunoglobulines sera réalisée en même temps que la première dose de vaccin.

Autres infections

(Syphilis, Gonocoque, Chlamydia, Herpès...)

Un dépistage et un suivi sont conseillés pour vous traiter efficacement en cas d'infection et pour éviter de transmettre à votre tour ces infections.

Ce suivi peut être réalisé par votre médecin habituel ou par un médecin du centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

Grossesse non désirée

Si besoin, une contraception d'urgence pourra vous être proposée.

Annexe 9

Amélioration de la qualité de la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral aux urgences adultes

Document d'information destiné au patient traité par prophylaxie antirétrovirale (1/2)

Pendant toute la durée de ce suivi :

UTILISEZ SYSTÉMATIQUEMENT UN PRÉSERVATIF LORS DES RAPPORTS SEXUELS
NE DONNEZ PAS VOTRE SANG.
N'ALLAITEZ PAS, NE DÉBUTEZ PAS DE GROSSESSE.

SI CET ACCIDENT EST SURVENU LORS DE VOTRE TRAVAIL,
discutez avec le médecin de travail
et avec votre équipe des circonstances précises de
cet accident, pour éviter d'autres accidents de ce type,
pour vous et pour les autres.

SI VOUS AVEZ D'AUTRES QUESTIONS VOUS POUVEZ AUSSI CONTACTER LES SERVICES
D'INFORMATION SPÉCIALISÉS ET LES ASSOCIATIONS DONT LES COORDONNÉES
SE TROUVENT CI- DESSOUS.

MEDECINE DU TRAVAIL DU PERSONNEL HOSPITALIER

Lundi Vendredi de 8H30 - 12H15 - 13H30 - 16H45

02 40 08 45 53

CHU Bâtiment le Tourville - 5, Rue du Pr. Y. Bocquien - 44000 Nantes

AIDES

4, rue Maurice Sibille - 44000 Nantes

02 40 47 99 56

www.aides.org

SIDA Info service

7j/7 24h/24

0800 840 800 (anonyme et gratuit)

www.sida-info-service.org

HEPATITES Infos service

7j/7 9h à 23 h

0800 845 800 (anonyme et gratuit)

www.hepatites-info-service.org

Trithérapie KALETRA® + COMBIVIR® Suivi sérologique et conseils de prévention

Vous avez été exposé à un risque de transmission du VIH, et une trithérapie vous a été prescrite pour diminuer le risque d'infection.

Ce traitement dure **4 semaines**. Seuls les comprimés correspondant aux 3 premiers jours de ce traitement vous sont distribués aujourd'hui.

Vous devez donc impérativement consulter un spécialiste du VIH dans un délai de 3 jours pour décider avec lui de la poursuite, de la modification ou de l'arrêt de ce traitement.

VOUS DEVEZ PRENDRE RENDEZ VOUS DÈS LE PREMIER JOUR OUVRABLE EN INFECTIOLOGIE :

Hôtel-Dieu, 7ème étage aile ouest.

Secrétariat 02 40 08 31 12,

Lundi au Jeudi de 8h à 17h

Vendredi de 8h à 16h.

Si besoin, demandez nous un arrêt de travail
pour être sûr d'être disponible ce jour là.

Annexe 9

Amélioration de la qualité de la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral aux urgences adultes

Document d'information destiné au patient traité par prophylaxie antirétrovirale (2/2)

KALETRA® et COMBIVIR®

Contre-indications

Hypersensibilité connue à l'un de ces médicaments, insuffisance hépatique sévère, anémie sévère ou neutropénie sévère, allaitement.

Pensez à signaler au médecin tous vos problèmes de santé.

Interactions

Certains médicaments ne doivent pas être associés au KALETRA®.

Pensez à signaler au médecin tous vos médicaments.

ASSOCIATIONS contre indiquées	Amiodarone - Dérivés de l'ergot de seigle - Pimozide - Tiazolam Rifampicine - Préparations à base de millepertuis
ASSOCIATIONS déconseillées	Sildenafil - Simvastatine - Lovastatine - Atorvastatine Déxchlorphéniramine - Quinidines - Erythromycine Clarithromycine - Fluconazole
ASSOCIATIONS nécessitant une surveillance particulière	Warfarine - Phénobarbital - Phénytoïne - Carbamazépine Inhibiteurs calciques d'hydropyridiniques Contraceptifs oraux

Début du traitement

Prenez **dès maintenant**, en présence du médecin,
les 3 premiers comprimés (2 KALETRA® et 1 COMBIVIR®)
avec un verre d'eau.

**Vous prendrez à nouveau 3 comprimés dans 12 heures environ,
c'est à dire**

le / vers h

Puis tous les jours matin et soir à intervalles de 12 h environ.

TENEZ CES MEDICAMENTS HORS DE PORTEE DES ENFANTS
Rapportez les comprimés inutilisés

Effets indésirables

Les plus fréquents sont des diarrhées.

Nausées, vomissements, douleurs abdominales, maux de tête, insomnie, fatigue, éruption cutanée sont possibles mais moins fréquents.

Anémie, neutropénie et autres anomalies du bilan sanguin sont possibles. Un bilan sera réalisé lors de la première consultation puis dans 15 jours et dans 30 jours.

Les autres effets indésirables sont rares. Si vous en constatez, signalez les au médecin.

Si vous avez des vomissements

Si vous avez pris les médicaments moins d'une heure avant, ils ne seront pas absorbés: reprenez une prise.

Si vous avez oublié une prise

Si vous avez moins de 6 heures de "retard", prenez simplement les 3 comprimés oubliés dès maintenant, et la prochaine prise à l'heure habituelle.

S'il y a plus de 6 heures de retard sur l'horaire prévu, attendez la prochaine prise et ne prenez pas de double dose (cela ne ferait qu'augmenter le risque d'effets indésirables).

Surveillance des sérologies

VIH : une sérologie sera prélevée lors de la première consultation pour vérifier que vous n'étiez pas séropositif avant cet accident. Elle sera vérifiée 1 mois et 3 mois après la fin du traitement.

Si elle reste négative, vous n'aurez plus besoin de faire prélever d'autre sérologie VIH, sauf en cas de nouvel accident.

HÉPATITE B : une sérologie sera prélevée lors du bilan initial et si besoin dans 4 mois.

HÉPATITE C ET SYPHILIS : des sérologies seront réalisées suivant le type de risque.

Ces bilans seront prescrits par le médecin spécialiste. Il vous annoncera et vous expliquera les résultats lors des consultations.

Annexe 10

Amélioration de la qualité de la prise en charge des accidents d'exposition au risque viral aux urgences adultes

Document d'information destiné au patient exposé à un risque viral non traité

Suivi après un accident d'exposition au risque viral sans prescription de trithérapie

Suivi sérologique et conseils de prévention

Même si le risque d'infection par le VIH est très faible, un suivi médical est **nécessaire** pour s'assurer que vous n'avez pas été contaminé par ce virus ou par une autre infection transmissible par voie sexuelle (hépatite B, syphilis, gonocoque, chlamydia...) ou sanguine (hépatite B, hépatite C).

Les premières sérologies doivent être réalisées dans les 3 jours. Vous pouvez consulter votre médecin habituel ou le centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

En cas d'accident professionnel, les sérologies seront prescrites par votre médecin du travail.

Surveillance des sérologies

VIH : une sérologie sera prélevée lors de la première consultation pour vérifier que vous n'étiez pas séropositif **avant** cet accident. Elle sera vérifiée dans **1 mois** et dans **3 mois**.

Si elle reste négative, vous n'aurez plus besoin de faire prélever d'autre sérologie VIH, sauf en cas de nouvel accident.

Hépatite B : une sérologie sera prélevée lors du bilan initial et si besoin dans 3 mois.

Hépatite C et Syphilis : des sérologies seront réalisées suivant le type de risque lors du bilan initial, puis vérifiées dans un mois (et dans 3 mois pour l'hépatite C).

*Ces bilans seront prescrits par le médecin
Il vous annoncera et vous expliquera les résultats lors des consultations.*

PENDANT LA DURÉE DE CE SUIVI

Utilisez systématiquement un préservatif lors des rapports sexuels.
Ne donnez pas votre sang. N'allaitiez pas, ne débutez pas de grossesse.

Si cet accident est survenu lors de votre travail, discutez avec le médecin du travail et avec votre équipe des circonstances précises de cet accident, pour éviter d'autres accidents de ce type pour vous et pour les autres.

Si vous avez d'autres questions sur les risques de transmission et les modes de protection lors des relations sexuelles, vous pouvez aussi contacter les services d'information spécialisés et les associations dont les coordonnées se trouvent ci-dessous.

MEDECINE DU TRAVAIL DU PERSONNEL HOSPITALIER

Lundi Vendredi de 8H30 - 12H15 - 13H30 - 16H45

de préférence sur rendez-vous - 02 40 08 45 53

CHU Bâtiment le Tourville - 5, Rue du Pr. Y. Bocquien - 44000 Nantes

Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG)

Lundi Vendredi de 9h à 17h

de préférence sur rendez-vous - 02 40 08 31 19

CHU Bâtiment le Tourville - 5, Rue du Pr. Y. Bocquien - 44000 Nantes

SIDA Info service

7j/7 24h/24

0800 840 800 (anonyme et gratuit)

www.sida-info-service.org

AIDES

4, rue Maurice Sibille - 44000 Nantes
02 40 47 99 56 www.aides.org

HEPATITES Info service

7j/7 9h-23h

0800 845 800 (anonyme et gratuit)

www.hepatites-info-service.org

NOM : LAURENT

PRENOM : Steven

Titre de Thèse : Prise en charge des accidents d'exposition au VIH : évaluation et amélioration des pratiques professionnelles aux urgences adultes du CHU de Nantes.

RESUME

Introduction : En 2003, des recommandations nationales ont fixé les modalités de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du VIH. Jusqu'en 2006, aucune évaluation de cette prise en charge n'avait été menée aux urgences du CHU de Nantes.

Objectif : Evaluer et améliorer la qualité de la prise en charge aux urgences adultes du CHU de Nantes des personnes consultant pour un accident d'exposition au VIH.

Matériel et méthode : Selon la méthode de l'audit clinique ciblé, une évaluation de la prise en charge des personnes exposées au VIH a été menée en 2006 (12 mois) à l'aide de 5 critères principaux (décision thérapeutique évaluable, conformité de la prescription aux recommandations, traçabilité de la prescription, traçabilité de l'information délivrée au patient et consultation spécialisée dans un délai recommandé de 3 jours). Après la mise en place d'un plan d'amélioration, une deuxième évaluation réalisée en 2007 (7 mois) a été comparée à la première.

Résultats : En 2007, l'ensemble des critères principaux d'évaluation définis progressent et atteignent ou approchent 100% de satisfaction.

Conclusion : La réalisation d'un audit clinique ciblé aux urgences adultes a permis d'améliorer la prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du VIH. Une étude similaire à un an devrait permettre de s'assurer de la constance de ces bons résultats.

MOTS-CLES

Urgences - Evaluation des pratiques professionnelles - AES - VIH