

Circulaire interministérielle DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS n°2008-91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

13/03/2008

Cette circulaire a pour objet de porter à la connaissance des professionnels de santé, des services de l'État et de l'assurance maladie, des données sur la conduite à tenir devant des personnes qui viennent d'être exposées à un risque de contamination par le VIH. Ces données tiennent compte des modifications organisationnelles et techniques du dispositif de prise en charge, survenues depuis 2003, y compris dans le cadre professionnel. Cette circulaire vise aussi à améliorer la connaissance du dispositif par les personnes à haut risque d'exposition au VIH.

Annexes :

ANNEXE I. - Organisation du dispositif.

ANNEXE II. - Prévention des risques d'accidents exposant au sang.

ANNEXE III. - Pour une prise en charge globale de la personne exposée.

ANNEXE IV. - Indications au traitement.

ANNEXE V. - Modalités de prescription de la prophylaxie et choix du traitement.

ANNEXE VI. - Suivi après accident d'exposition.

Résumé : le traitement antirétroviral après exposition au risque viral, ou traitement post-exposition (TPE) fait l'objet d'une réactualisation. Le dispositif local d'accueil, d'orientation et de prise en charge des personnes concernées doit être adapté afin d'améliorer son accessibilité ainsi que de permettre une meilleure évaluation des risques encourus.

Références :

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé ;

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;

Arrêté du 1er août 2007 fixant les modalités de suivi sérologique des personnes victimes d'accidents du travail entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine ;

Circulaire DGS/VS2/DH/DRT n° 99-680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en oeuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques ;

Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008 ;

Prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr Patrick Yeni : rapport 2006*.

Textes abrogés ou modifiés :

Circulaire DGS/VS2/DH/DRT n° 99-680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en oeuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques ;

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.

En 2006, un groupe d'experts sous la direction du Pr Patrick Yeni a actualisé les recommandations sur les modalités de prise en charge des personnes exposées à un risque de contamination par le VIH.

Cette circulaire a pour objet de porter à la connaissance des professionnels de santé, des services de l'État et de l'assurance maladie, des données sur la conduite à tenir devant des personnes qui viennent d'être exposées à un risque de contamination par le VIH. Ces données tiennent compte des modifications organisationnelles et techniques du dispositif de prise en charge, survenues depuis 2003, y compris dans le cadre professionnel. Cette circulaire vise aussi à améliorer la connaissance du dispositif par les personnes à haut risque d'exposition au VIH.

Pour ce faire, il appartient aux services de l'Etat en lien avec les différents partenaires :

- de vérifier l'adaptation aux besoins du dispositif de prise en charge des accidents d'exposition au VIH ;
- d'informer les professionnels de santé sur l'organisation de ce dispositif au niveau du département ;
- de contrôler et d'évaluer régulièrement l'efficacité du dispositif.

Le dispositif décrit ci-dessous est un dispositif d'urgence. Ainsi il n'est pas soumis au parcours de soins initié par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et, par conséquent, au passage préalable par le médecin traitant.

I. - LE DISPOSITIF LOCAL D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE

1. Nature du dispositif

Un dispositif local d'accueil et de prise en charge des personnes exposées au risque de transmission du VIH existe dans tous les départements depuis 1998. Il convient d'en vérifier la bonne adéquation et le cas échéant de procéder à son adaptation.

Le dispositif doit permettre :

- l'analyse précoce du risque d'infection encouru ;
- l'administration rapide d'un éventuel traitement et son suivi ;
- le soutien dans l'observance du traitement par la personne exposée ;
- le conseil dans le domaine de la prévention ;
- le recueil éventuel de données pour une évaluation.

Il doit permettre, par l'accueil dans un service compétent, de limiter le délai entre l'exposition au VIH et la mise sous traitement antirétroviral, s'il est jugé nécessaire.

Il repose, aux heures ouvrables, sur les structures de consultations externes des hôpitaux qui assurent habituellement la prise en charge des personnes infectées par le VIH dont certaines CDAG hospitalières (consultations de dépistage anonyme et gratuit) et aux heures non ouvrables, sur les services des urgences.

Il faut également prévoir que les urgentistes puissent, dans les décisions difficiles (évaluation du risque ou choix des médicaments si le sujet source est déjà traité), solliciter un avis téléphonique auprès d'un médecin expérimenté dans la prise en charge des patients infectés par le VIH.

Certains éléments indispensables au bon fonctionnement du dispositif sont détaillés dans l'annexe 1.

L'accès par les mineurs au dispositif est facilité par la loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art. L. 1111-5 du Code de la santé publique).

1.2. Les autres acteurs impliqués dans le dispositif

Les médecins des services de santé au travail qui interviennent dans divers secteurs d'activités concernés par l'exposition à un risque de transmission du VIH (établissements de santé, entreprises de nettoyage, déchetteries, ...).

En conséquence, le médecin du travail :

- conseille le chef d'établissement sur l'évaluation du risque d'exposition des salariés à la transmission du VIH et des hépatites ainsi que sur les modalités de leur information ;
- contribue à l'élaboration, par le chef d'établissement, du protocole de prise en charge des cas d'accident exposant au risque de transmission du VIH ;
- lorsqu'il est présent dans l'établissement au moment de l'accident, peut assurer l'information et l'orientation de la personne, voire, dans certains établissements de santé, être intégré au dispositif de prise en charge.

Les comités de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou leurs équivalents doivent être impliqués dans la prise en charge et la prévention des accidents professionnels.

Les UCSA garantissent l'accès au traitement post exposition dans les mêmes conditions qu'en milieu ouvert.

Les médecins des établissements psychiatriques et des urgences médico-judiciaires sont informés de la conduite à tenir en cas d'exposition à un risque de transmission du VIH.

Dans le cadre de leurs missions, les COREVIH (comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH) peuvent participer à l'évaluation locale du dispositif hospitalier en fonction du programme de travail et des priorités régionales.

II. - L'INFORMATION SUR LES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU VIH ET LE TRAITEMENT POST-EXPOSITION (TPE)

2.1. Qui informer ?

Les professionnels :

- les professionnels pouvant être exposés au risque de transmission du VIH (personnel hospitalier, agents de nettoyage...) sont informés des précautions à prendre pour prévenir les accidents exposant au sang (cf. annexe 2) ainsi que des modalités de recours possible au TPE en cas d'exposition au VIH ;
- les professionnels de santé (hospitaliers et libéraux) doivent connaître l'organisation du dispositif pour orienter les personnes en cas de besoin ;
- les personnes infectées par le VIH : il est important d'informer systématiquement ces personnes que leurs partenaires, de statut sérologique inconnu ou séronégatif, peuvent bénéficier de ce traitement s'ils sont exposés à un risque de transmission du VIH (rupture de préservatif, rapports non protégés...). Cette information doit être faite rapidement après l'annonce de la séropositivité par les médecins les prenant en charge et doit être renouvelée régulièrement ;
- les partenaires séronégatifs dans les couples sérodifférents (dans la mesure où ils sont informés de la séropositivité de leur partenaire) ;
- les personnes appartenant à un groupe ou à une population à prévalence élevée du VIH : l'information sur le TPE doit leur être délivrée systématiquement par les professionnels de santé à l'occasion des consultations de dépistage du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) dans les CDAG et les CIDDIST (centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST).

2.2. Quels outils ?

Pour l'ensemble de ces personnes, l'information sur le TPE doit être véhiculée par les relais professionnels et associatifs qui sont à leur contact, notamment par la diffusion des documents élaborés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES, www.inpes.sante.fr) ou par les associations de patients. L'information doit porter notamment sur les modalités du TPE, son délai de mise en oeuvre et l'intérêt de faire venir les deux partenaires dans les suites d'un rapport non protégé pour éviter, grâce à un dépistage rapide du VIH, un traitement inutile.

III. - LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EXPOSÉES À UN RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH

Ces nouvelles recommandations s'adressent à l'ensemble des médecins pouvant être confrontés en urgence à une demande de conseils et de soins après un risque d'exposition accidentelle au VIH.

3.1. L'accueil est une phase essentielle

Quel que soit le type d'accident en cause, la composante anxigène lors du recours au dispositif est fortement présente. Il est donc important de valoriser la démarche de la personne et de pouvoir :

- fournir un accueil adapté de qualité, neutre et non stigmatisant de la personne qui consulte, comportant des informations, claires, précises et compréhensibles sur le dispositif et son déroulement ;
- être attentif à l'état émotionnel et psychique de la personne exposée et, si nécessaire, lui proposer une consultation psychologique ou psychiatrique.

L'annexe 3 récapitule l'ensemble des étapes nécessaires à une prise en charge globale de la personne, intégrant notamment les risques liés aux hépatites et aux autres IST, la possibilité d'une grossesse non désirée ainsi que les procédures à suivre en cas d'accident d'exposition professionnelle.

3.2. Savoir poser les indications du traitement anti-rétroviral

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-interministerielle-dgsri2dhdosdtdss-n2008-91-du-13-mars-2008-relative-aux-recommandations-de-prise-en-charge-des-personnes-exposees-a-un-risque-de-transmission-du-virus-de-l/>

L'indication du traitement tient compte du bénéfice lié à la possibilité d'une réduction du risque de transmission du VIH et du risque d'effets indésirables graves liés au traitement. Le traitement postexposition doit être réservé aux situations à risque identifiable de transmission du VIH (cf. annexe 4).

Concernant les enfants, le faible nombre de médicaments antirétroviraux ayant une autorisation de mise sur le marché pour une forme pédiatrique rend la mise sous TPE complexe. Le choix entre une bi et une trithérapie doit être adapté au type d'exposition selon une gradation du risque de transmission (cf. annexe 4).

3.3. Quels médicaments et comment les prescrire ?

Les modalités de prescription et les choix du traitement sont détaillés en annexe 5.

A ce jour, parmi les schémas thérapeutiques proposés, l'association Combivir(R)+inhibiteur de protéase est celle pour laquelle il existe le plus de recul en termes d'utilisation dans le cadre d'un TPE.

Ainsi que l'AFSSAPS l'a recommandé dans un communiqué du 6 juin 2007 et par une lettre aux prescripteurs du 16 juillet 2007, il convient :

- de vérifier que tous les kits de TPE disponibles aux urgences ne contiennent plus de nelfinavir (Viracept(R)) ;
- d'identifier, depuis la commercialisation de ce produit en 1998, l'ensemble des personnes ayant reçu cette molécule notamment dans le cadre d'un accident d'exposition au VIH, et plus particulièrement les femmes enceintes. L'Afssaps a mis en place un guichet électronique à l'attention des professionnels de santé « viracept@afssaps.sante.fr », pour les questions concernant l'identification des patients.

3.4. Mettre en place un suivi adapté à la situation

En cas de traitement, le suivi est décrit en annexe 6. Les effets indésirables graves doivent être impérativement déclarés aux centres régionaux de pharmacovigilance selon les procédures habituelles.

Les analyses de biologie médicale mentionnées dans l'annexe 6 sont prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun. Quand ces analyses sont consécutives à un accident du travail, elles sont prises en charge dans les conditions de droit commun sur le risque accident du travail.

L'arrêté du 1er août 2007 (JO no 185 du 11 août 2007) relatif au suivi virologique des personnes victimes d'accidents du travail entraînant un risque de contamination par le VIH limite ce suivi au 4e ou au 3e mois, selon qu'un traitement a été instauré ou non. Cet arrêté abroge celui du 18 janvier 1993, qui avait le même objet. Un arrêté fixant les modalités de suivi sérologique des fonctionnaires civils victimes d'accidents de service entraînant un risque de contamination par le VIH est en cours de publication.

IV. - LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE DE CONTAMINATION PAR LE VHB ET LE VHC

Les recommandations de la circulaire DGS/VS2/DH/DRT/99/680 du 8 décembre 1999 relatives au suivi à mettre en oeuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques sont modifiées et figurent dans l'annexe 6.

V. - CAS PARTICULIER : LE RISQUE DE TRANSMISSION DE SOIGNANT AU PATIENT SOIGNE

Cette situation a fait l'objet d'un avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) relatif à la prévention de la transmission du VIH au soigné par les professionnels de santé le 17 juin 2005. Cet avis réaffirme le principe d'un dépistage volontaire. (<http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/cshpf/cs231.htm>).

VI. - LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES ANTIRÉTROVIRAUX

Les médicaments antirétroviraux prescrits après exposition au risque de transmission du VIH sont délivrés par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé dans le cadre de la rétrocession hospitalière. Ces médicaments inscrits sur la liste de rétrocession visée à l'article L. 162-17 (2e alinéa) du Code de la sécurité sociale sont pris en charge dans ce cadre.

Ainsi, conformément à l'article R. 5126-110 du Code de la santé publique, ils sont pris en charge sur la base de leur prix de cession défini à l'article L. 162-16-5 du Code de la sécurité sociale ; le prix de cession est égal au prix de vente déclaré ou fixé par le comité économique des produits de santé majoré le cas échéant de la TVA et de la marge forfaitaire prévue par arrêté du 18 septembre 2006.

Ces médicaments font l'objet d'une prise en charge à 100 % (sans part laissée à la charge de l'assuré).

Ces nouvelles dispositions, redéfinissant le cadre juridique de la rétrocession, ont pris la suite de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

L'accueil et la prise en charge du traitement post exposition reposant à titre principal sur les structures hospitalières, par cohérence, la rétrocession reposant sur les structures hospitalières s'avère le circuit de dispensation le mieux à même de répondre aux besoins de patients, même s'il convient de rappeler que les médicaments antirétroviraux peuvent être parallèlement dispensés en pharmacies de ville.

Lorsque le médicament est délivré par l'établissement de santé, il peut y avoir également mise à disposition, par la pharmacie de l'établissement, de trousse de prophylaxie dans les services identifiés pour la prescription en urgence.

Par dérogation à l'article L. 162-4 du code de la sécurité sociale, les prescripteurs sont autorisés à ne pas mentionner sur l'ordonnance de prescription la mention « NR » signalant la prescription d'un médicament en dehors des indications thérapeutiques retenues pour l'inscription sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux, prévue à l'article R. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale.

En conséquence, il appartient aux services prescripteurs et aux pharmaciens hospitaliers de vérifier l'organisation de procédures locales les plus adaptées à la rapidité de délivrance des traitements.

Il appartient aux services déconcentrés de l'État d'assurer une fonction de veille et d'alerter les services de la direction générale de la santé sur d'éventuels dysfonctionnements (Dr Frédérique Delatour : 01-40-56-54-60).

Vous veillerez à la diffusion immédiate de la présente circulaire auprès de l'ensemble des structures, organismes, et professionnels concernés par la prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du VIH.

