

## Urgence en cas d'exposition au VIH : la PEP peut être la bonne réponse

Il est possible de réduire nettement le risque d'infections après une exposition sexuelle au VIH – à condition de réagir vite.

### Introduction

La situation, où un patient consulte un médecin immédiatement après une exposition sexuelle au VIH, est une urgence. En effet, s'il y a un risque de VIH, une prophylaxie post-exposition (PEP) faite à temps peut prévenir l'infection.

Au vu des nouvelles données et des nouveaux principes actifs disponibles, la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) a actualisé, début 2014, certains points de ses recommandations relatives à la PEP (réf. 1/réf. 2).

#### *Le plus tôt est le mieux !*

L'élément décisif est le laps de temps encouru entre l'exposition au VIH et le début de la PEP. En effet, les chances de réussite de celle-ci diminuent six à huit heures déjà après l'exposition au VIH. Après 48 heures, il est déjà trop tard, pour initier une PEP.

La PEP consiste en une administration d'antirétroviraux pendant généralement quatre semaines. Etant donné la lourdeur de ce traitement pour les patients et son coût élevé, elle ne doit être prescrite qu'après une analyse soignée du risque.

#### Quand prescrire une PEP ?

L'indication d'une PEP est résumée dans le *tableau 1*. Le risque de transmission devrait être analysé dans le cadre d'un entretien individuel et un test VIH rapide conseillé, pour exclure une infection VIH déjà existante.

#### *Indication nette : partenaire séropositif (sans traitement antirétroviral)*

Une PEP est recommandée après un **rapport anal ou vaginal non protégé avec une personne séropositive présentant une virémie détectable dans le sang**. Elle est à envisager, si le partenaire séropositif a éjaculé dans la bouche.

#### *Indication à analyser : partenaire, dont le statut VIH n'est pas connu*

Dans la mesure du possible, on devrait exiger un test pour le partenaire sexuel du patient (hommes et femmes confondus), même après le début de la PEP. Celle-ci sera immédiatement interrompue, si ce partenaire s'avère ne pas être infecté.

Quand la sérologie du partenaire n'est pas connue, ce qui est souvent le cas, il est recommandé de commencer une PEP :

- après un viol,
- après un rapport anal ou vaginal non protégé avec un partenaire sexuel faisant partie d'un groupe à risque élevé de VIH (probabilité d'infection VIH non traitée > 10%).

Les groupes à risque élevé comprennent particulièrement les personnes venant des pays à prévalence du VIH élevée, les travailleuses du sexe originaires d'Europe de l'Est, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les utilisateurs de drogues intraveineuses.

Dans toutes les autres situations, la CFSS déconseille en principe une PEP. Toutefois, celle-ci peut être jus-

tifiée, si certains éléments témoignent d'un risque VIH élevé, d'autant que les informations nécessaires manquent souvent lors de la première évaluation. En cas de doute, il est conseillé de la commencer (dose initiale) et de consulter pour la démarche à suivre l'un des services d'urgence spécialisés, dont on trouve une liste sur le site [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch).

Comme déjà indiqué dans les recommandations 2006, une PEP n'est pas conseillée en cas de morsure par une personne infectée par le VIH, ni en cas de blessure par une piqûre d'aiguille traînant dans un lieu public.

Une PEP est inutile, lorsque le partenaire est séropositif, mais qu'il suit un traitement antirétroviral efficace (pas de virémie détectable).

### Choix des médicaments

#### *Statut VIH inconnu*

Il existe plusieurs associations médicamenteuses, dont l'efficacité est prouvée pour la PEP. La CFSS recommande la combinaison suivante (*Voir remarque 1*):

La combinaison proposée (Truvada/lisentress) est bien tolérée et ne présente pratiquement aucune interaction médicamenteuse. Les alternatives thérapeutiques proposées dans le *tableau 2*, comme par exemple la thérapie incluant le dolutegravir ou le darunavir, ont pour avantage de ne nécessiter qu'une seule prise quotidienne, contrairement au traitement de raltegravir qui lui, doit être pris deux fois par jour.

#### *Statut VIH connu*

Si la présence du virus chez le partenaire est connue, on adaptera la

**Tableau 1**

Quand faut-il prescrire une PEP ?

	Partenaire au statut VIH inconnu	Partenaire VIH positif, virémie détectable	Partenaire VIH positif virémie non détectable (<50 copies/ml), sous thérapie depuis au moins 6 mois et avec un bon suivi
<b>Rapport anal</b>	Recommandée *	Recommandée	Non recommandée
<b>Rapport vaginal</b>	Recommandée *	Recommandée	Non recommandée
<b>Fellation avec éjaculation dans la bouche (réceptive)</b>	À évaluer	À évaluer	Non recommandée

\* Dans tous les cas, si la probabilité est de  $\geq 10\%$  que la source d'infection soit VIH positive.

**Tableau 2**

ténofovir/emtricitabine (Truvada) 1 x/jour	raltégravir ( <b>Isentress</b> ) 400 mg 2x/jour
	<b>Alternatives au raltegravir:</b> – dolutégravir ( <b>Tivicay</b> ) 50 mg 1 x/jour, ou – darunavir ( <b>Prezista</b> ) 800 mg + ritonavir ( <b>Norvir</b> ) 100 mg 1 x/jour

combinaison au profil de résistance (consulter un spécialiste en infectiologie).

**Durée de la PEP**

Un traitement de quatre semaines ayant fait ses preuves, c'est le standard recommandé par la CFSS.

On peut, dans certains cas, modifier la PEP avec l'accord d'un spécialiste (réduction de la durée du traitement ou prescription d'une bithérapie, p. ex.).

**Analyses et tests nécessaires**

*Bilan initial (au moment où la première dose de PEP est administrée)*

- Test rapide du VIH, pour exclure une infection VIH existante
- Prélèvement: formule sanguine simple, paramètres rénaux et hépatiques
- Hépatite B: exclure une hépatite B active par un test de recherche de l'antigène HBs (exacerbation d'une hépatite après arrêt du Truvada®). Chez les personnes non immunisées contre l'hépatite B, procéder immédiatement à une vaccination.

*Examens de contrôle*

Le suivi clinique dépend des symptômes et des problèmes des patients; généralement, des contrôles sont conseillés à la deuxième, puis à la quatrième semaine (contrôle de laboratoire uniquement si indication clinique). Il faut veiller à une prise régulière et rechercher des effets secondaires des antirétroviraux, ainsi que tous les signes de primo-infection [2].

Pour exclure une infection, on pensera à réaliser un test VIH (test rapide ou test de 4<sup>e</sup> génération sur sang total) trois mois après l'exposition.

Dans certaines situations, une recherche de syphilis, de gonorrhée

et de chlamydia est recommandée. Le plus souvent, le risque élevé de transmission sexuelle de VIH s'accompagne d'un risque élevé de transmission d'une autre infection sexuellement transmissible (IST). Le moment idéal, pour réaliser ces examens, se discute au cas par cas.

**Conseils aux patients**

*Observance*

Pour que la PEP soit efficace, il est indispensable que les patients comprennent l'importance de la prise régulière des médicaments (observance) et qu'ils s'y emploient. Il faudrait discuter de l'observance avec eux lors de chaque consultation pendant toute la durée de la PEP, car le refoulement, mais aussi les effets secondaires peuvent les amener à interrompre ou à arrêter leur traitement.

*Protection*

Tant qu'une infection VIH n'est pas exclue, les patients devraient pratiquer systématiquement le *safer sex*. La PEP constitue en outre une bonne occasion, pour leur parler de la protection en général et de les conseiller à ce sujet.

**Prise en charge**

Quand une PEP est indiquée à la suite d'un bilan médical (cf. ci-dessus), les coûts des analyses et du traitement sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

**Rapport coût-utilité de la PEP**

Le rapport coût-utilité de la PEP dépend du nombre de PEP nécessaires, pour prévenir une infection; autrement dit, la PEP doit être prescrite à bon escient, c'est-à-dire dans les situations, où le risque est réel et non pas, comme cela arrive aussi, dans celles où il est minime. Selon le scénario, le coût d'une infec-

tion VIH évitée va de quelques centaines de milliers à plusieurs millions de francs. En ce qui concerne le rapport coût-utilité, la PEP est valable dans le premier cas, alors que son intérêt est douteux dans le second. Ces réflexions, qui ont influé sur le choix des indications de la PEP, soulignent l'intérêt d'une évaluation soigneuse du risque. Toutes les situations à risque non prises en compte dans les présentes recommandations entraîneraient un coût largement supérieur à 10 millions de francs par infection évitée [3]. ■

**Contact**

Office fédéral de la santé publique  
Unité de direction Santé publique  
Division Maladies transmissibles  
Téléphone 058 463 87 06

**Remarques**

1. La différence avec les combinaisons recommandées dans le Forum médical suisse 2014; 14(8): 151-153 s'explique par le fait que le dolutégravir est disponible depuis l'autorisation du Tivicay® en mai 2014.
2. Pour le diagnostic de la primo-infection à VIH, cf.: OFSP 2011. Primo-infection VIH. [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > VIH et sida > Médecins > Directives et recommandations
3. Coût d'une PEP: une PEP de quatre semaines avec une trithérapie revient à 2000 francs environ. Pour éviter une seule infection, il faudrait, selon le risque de transmission, effectuer un nombre de traitements variant entre 50 (rapport anal réceptif) et 1000 (rapport vaginal avec pénétration chez une femme séropositive). Si le statut VIH du ou de la partenaire est inconnu ou le début de la PEP retardé, le nombre de sujets à traiter (NST) est encore plus grand.

**Auteur**

Commission fédérale pour la santé sexuelle  
Prof. Pietro Vernazza, président

**Références**

1. Office fédéral de la santé publique, unité de direction Santé publique, division Maladies transmissibles. Recommandations en matière de prophylaxie post-exposition en dehors du milieu médical – Mise à jour 2006. Bulletin (OFSP) 2006; 36: 712-715
2. Groupe de travail Clinique et thérapie de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS). Prophylaxie post-exposition (PEP) au VIH en dehors du milieu médical – Mise à jour des recommandations de l'OFSP. Forum médical suisse 2014; 14(8): 151-153