



ÉTUDE

PROPHYLAXIE ANTIRÉTROVIRALE APRÈS AGRESSION SEXUELLE : EXPÉRIENCE D'UNE UNITÉ DE CONSULTATIONS MÉDICO-JUDICIAIRES

Annie Soussy^{1*}, Odile Launay², Michèle Aubert¹, Michel Chousterman², Jeanne Caudron¹

INTRODUCTION

En France, la prescription d'un traitement prophylactique antirétroviral après exposition sexuelle fait l'objet de recommandations depuis 1998 [1]. En cas de viol, l'évaluation du risque de transmission de l'infection VIH est difficile car le plus souvent l'agresseur n'est pas identifié et son statut sérologique vis-à-vis de l'infection VIH n'est pas connu au moment de la prise en charge de la victime. L'appréciation des facteurs de risque d'exposition au VIH est rendue difficile par le contexte traumatique et émotionnel des circonstances de l'examen. Cependant, la violence sexuelle est fréquemment responsable de lésions muqueuses augmentant le risque de transmission du VIH. Ainsi, la prescription d'un traitement prophylactique est le plus souvent indiquée en cas de viol. Le but de ce travail est de présenter l'expérience de l'Unité de Consultations Médico-Judiciaires (UCMJ) du Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) de Créteil.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Population

Il s'agit d'une étude prospective concernant toutes les victimes d'agressions sexuelles ayant été examinées à l'UCMJ du CHI de Créteil sur réquisition des services de Police ou de Gendarmerie entre Février et Novembre 1999.

Traitement prophylactique antirétroviral. Organisation de prise en charge

Conformément aux recommandations de la circulaire du 9 avril 1998 du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, une trithérapie antirétrovirale était systématiquement proposée aux victimes en cas d'exposition sexuelle (pénétration anale, vaginale et/ou buccale) datant de moins de 48 heures. La trithérapie administrée comportait l'association d4T-3TC-néfinavir qui présente l'avantage d'une prise biquotidienne sans contrainte par rapport aux repas. Un kit de traitement de

3 jours était fourni par le médecin légiste de l'UCMJ. La victime était ensuite revue aux 3^e et 15^e jours par le médecin légiste de l'UCMJ avec remise d'ordonnances de 12 et 15 jours de traitement supplémentaire. Au total, un traitement de 4 semaines était fourni par la pharmacie de l'hôpital et pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale. La prise en charge du traitement antirétroviral était effectuée exclusivement par les praticiens de l'UCMJ, après une formation effectuée par les médecins référents pour la prise en charge de l'infection VIH de l'hôpital, afin d'éviter aux victimes plusieurs intervenants différents dans une situation particulièrement douloureuse. Par ailleurs, les médecins référents étaient consultés en cas de contre-indication au traitement antirétroviral ou de survenue d'effet indésirable. Dans certains cas, une prise en charge psychologique était proposée : pour les enfants et les adolescents dans les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie de l'établissement, les adultes étant orientés vers des associations d'aide aux victimes à l'extérieur de l'hôpital. Les consultations et les prélèvements effectués sont pris en charge à 100 % par le Ministère de la Justice.

Bilan initial et suivi

Un examen somatique et gynécologique initial était effectué en fonction des allégations de la victime ainsi qu'un bilan biologique complet (sérologies hépatites B et C, syphilis, VIH, test de grossesse, transaminases, ionogramme sanguin, urée, créatinine et hémogramme). Une contraception orale par estro-progestatifs est systématiquement administrée dans les 48 heures suivant le viol. Le suivi était assuré selon un calendrier pré-établi.

Test des mis en cause

En cas d'identification du mis en cause et avec son accord, une sérologie VIH ainsi qu'une antigénémie-p24 étaient effectuées. En cas de négativité des tests, le traitement prophylactique était interrompu chez la victime.

RÉSULTATS

Durant les 9 mois de l'étude (Février - Novembre 1999), 216 victimes ont été examinées pour agression sexuelle (viol et/ou attouchement sexuel). Quarante-vingt une victimes n'avaient pas été exposées au VIH (attouchements sexuels ou viol avec pénétration digitale). Dans 135 cas, il existait une exposition possible au VIH parmi lesquels 81 (60 %) n'ont pas donné lieu à la prescription d'une prophylaxie antirétrovirale : consultation après 48 heures dans 74 cas, viol par le conjoint de la victime dans 5 cas et contre-indication au traitement dans 2 cas

¹ Unité de consultations médico-judiciaires.

² Service de médecine interne et hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, 40 avenue de Verdun, 94010 Créteil.

*Correspondance : Dr. Annie Soussy, Unité de consultations médico-judiciaires, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, 40, avenue de Verdun, 94010 Créteil.

Tél. : 01 45 17 52 87 - Fax : 01 45 17 52 80.

Tableau 1. Type d'exposition ayant justifié la prescription d'une prophylaxie antirétrovirale après violence sexuelle.

Type d'exposition sexuelle	Nombre de victimes
Anale	0
Vaginale	27
Buccale	3
Anale et vaginale	7
Anale et buccale	2
Vaginale et buccale	9
Anale, vaginale et buccale	6
Total	54

(1 femme enceinte et 1 patient présentant une pathologie psychiatrique polymédicamenteuse).

Parmi les 74 victimes ayant été examinées plus de 48 heures après l'agression, 23 ont été vues plus de 3 mois après l'agression, et 8 ont été revues à 3 mois. Aucune séroconversion pour le VIH n'a été observée.

Une prophylaxie antirétrovirale a donc été proposée dans 54 cas : 52 femmes et 2 hommes, d'âge moyen 28 +/- 12,4 ans (4-57 ans). Dans 13 cas, il s'agissait de mineurs âgées de 4 à 17 ans. Les types d'expositions ayant justifié la prophylaxie antirétrovirale sont résumés dans le tableau ci-joint. La trithérapie antirétrovirale a été acceptée par 51 (94 %) des victimes. Le délai médian entre l'exposition et le début du traitement était de 8 heures (2-94). Parmi les 51 victimes ayant accepté le traitement, 35 (69 %) ont été revues au 3^e jour, 22 (44 %) à 1 mois.

Aucun effet indésirable grave n'a été observé, mais 9 patients (18 %) ont présenté un effet secondaire au traitement. Une toxidermie sans signe de gravité est survenue chez 3 patients, nécessitant dans 1 cas l'arrêt de la trithérapie au 10^e jour de traitement et l'arrêt du nelfinavir dans 1 autre cas au 20^e jour du traitement. Cinq patients ont présenté une diarrhée invalidante justifiant, dans 3 cas, l'arrêt du nelfinavir et la prescription d'indinavir respectivement 2, 3 et 19 jours après le début du traitement. Enfin, dans 1 cas, le nelfinavir a été remplacé par l'indinavir en raison de difficultés de prise des comprimés de nelfinavir.

Dans 76 % des cas (n = 39), le traitement antirétroviral a été interrompu précocement (avant la fin des 4 semaines de traitement) : arrêt par le patient (n = 32) dont 12 patients qui ne sont pas revenus au 3^e jour, séronégativité de l'agresseur (n = 5), allégations erronées avec absence d'exposition (n = 1), toxidermie (n = 1). Dans 12 cas (24 %), la trithérapie antirétrovirale a été poursuivie les 4 semaines prévues avec une observance satisfaisante.

La sérologie VIH pratiquée au moment de l'agression chez les 54 victimes était toujours négative. Parmi les 12 victimes testées entre 3 et 4 mois après l'agression, aucun cas de séroconversion pour le VIH n'a été observé.

Aucun mis en cause n'a pu être testé durant les 5 premiers mois de l'étude. En sensibilisant les forces de Police et de Gendarmerie et le Parquet, 9 (37 %) des 24 mis en cause entre Juillet et Octobre 1999 ont pu être testés. La sérologie VIH et l'antigénémie-p24 étaient dans tous les cas négatifs permettant d'interrompre le traitement antirétroviral prophylactique chez 5 des victimes. Pour les 4 autres victimes, 3 ne sont pas revenues au 3^e jour, et 1 avait déjà reçu 4 semaines de traitement lors de l'obtention des résultats négatifs chez le mis en cause.

DISCUSSION – CONCLUSION

L'agression sexuelle expose au risque de contamination par le VIH, mais l'évaluation du risque est particulièrement difficile dans cette situation justifiant le plus souvent la prescription d'une prophylaxie antirétrovirale. Cependant, dans notre expérience, l'indication d'un traitement prophylactique antirétroviral n'était retenue que chez 40 % des victimes examinées pour viol. Ce faible pourcentage s'explique, dans la majorité des cas, par un délai dépassant 48 heures entre l'agression et la consultation malgré la délivrance du kit par le médecin légiste lui-même. Ce délai dépassant 48 heures est souvent le fait du dépôt de plainte à distance, plusieurs jours à plusieurs années après l'agression, en particulier dans les affaires concernant les mineurs.

En cas d'indication, le traitement est accepté par la majorité des victimes (94 % dans notre expérience). Cependant, malgré la bonne acceptabilité du traitement, seulement 69 % des personnes traitées seront revues après 3 jours et 44 % d'entre elles à 1 mois. Le nombre important de perdus de vue peut s'expliquer par la situation particulière de violence sexuelle au cours de laquelle les victimes sont peu réceptives à un message de prévention. Par ailleurs, le traitement et le suivi sérologique peuvent être assimilés à la procédure judiciaire en cours et interrompus en cas de classement sans suite de l'affaire. Une fiche d'information est en cours d'élaboration dans le service ayant pour buts de préciser les explications fournies oralement et d'améliorer le suivi. Elle sera remise aux victimes au cours de la première consultation. De même, à l'initiative du Procureur de la République, une permanence assurée par des associations d'aide aux victimes et permettant un soutien psychologique et juridique aux victimes sera mise en place à partir de Mars 2000 dans les locaux de l'UCMJ.

La tolérance au traitement est satisfaisante avec cependant 20 % d'intolérance, en particulier digestive et cutanée. Malgré l'absence d'effet indésirable grave, l'interruption précoce du traitement antirétroviral est observée dans 76 % des cas, le plus souvent à l'initiative de la victime pour des motifs qui restent à élucider.

Durant la période de l'étude, aucune séroconversion n'a été observée parmi les victimes testées. Par ailleurs, tous les agresseurs testés durant la période étaient séronégatifs pour le VIH.

La possibilité de connaître le statut de l'agresseur vis-à-vis de l'infection VIH est un élément très important permettant de rassurer la victime sur les risques de contamination et d'arrêter éventuellement le traitement prophylactique. Il est intéressant à noter que sur la période de l'étude, nous avons enregistré une augmentation du nombre de tests réalisés chez les mis en cause par la sensibilisation des services de Police et de Gendarmerie. À la suite de ce travail, la possibilité de tester le mis en cause sur réquisition judiciaire a été entérinée officiellement par le Procureur du Tribunal de Grande Instance de Créteil dans le but de tester un plus grand nombre de mis en cause et d'éviter une contestation ultérieure éventuelle.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Circulaire DGS/DH/DSS n° 98/228 du 9 avril 1998 : Rapport Dormont : Stratégies d'utilisation des antirétroviraux dans l'infection par le VIH. ED. Médecine-Sciences Flammarion 1998.