

COMMISSION AES (Hors accident du travail)

COMPTE RENDU REUNION DU 27 avril 2010

ANIMATEURS	SECRETAIRE DE SEANCE :
Fabrice GUYARD	Audrey BLATIER

PERSONNES PRESENTES :	REPRESENTANT DE :
Audrey BLATIER	COREVIH
Martin DARY	CHU de Nantes
Fabrice GUYARD	Sida Info Service
Marie HORNSPERGER	AIDES 44
PERSONNES EXCUSEES :	
Christophe MICHAU	CH Saint-Nazaire
Laurence ROUSSEL	MFPF Nantes
Laurent STEVEN	CH Châteaubriant
Françoise TOUBLET	MFPF Le Mans

I. ATELIER DE FORMATION « PRISE EN CHARGE DES AES AUX URGENCES »

Le Dr. DARY rend compte de l'avancée de la préparation de l'atelier de formation pour les urgentistes de la région qui aura lieu le 11 mai 2010. Ce projet est porté par le GERES (Groupe d'Étude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux), le collège Médecine d'Urgence des Pays de la Loire et le COREVIH des Pays de la Loire. Une partie de la formation est financée par le laboratoire ABBOT.

Ce premier atelier aura pour thème « prise en charge aux urgences des accidents d'exposition (VIH, VHB, VHC) ».

Il y a environ 40 inscrits à ce jour.

II. Enquête – état des lieux auprès des services d'urgence de la région des Pays de la Loire (cf. annexe 1)

Dans l'objectif d'une harmonisation des pratiques au niveau régional, un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des SAU (service d'accueil des urgences), des UPATOU (unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences = structure plus légère qu'un SAU) et des services d'urgences gynécologiques de la région des Pays de la Loire.

Ce questionnaire est construit à partir du référentiel de la SFLS et du rapport Yéni et largement inspiré du questionnaire réalisé par le COREVIH de Bretagne.
Le Dr. Martin DARY rend compte des premiers résultats de l'enquête (Cf. annexe 1).

Ces résultats seront présentés lors de la réunion de formation du 11 mai 2010 et seront adressés aux services concernés dès validation du contenu par les membres de la commission AES (et information du Président du COREVIH).

Prochains travaux de la commission :

- Synthèse écrite et finalisée de l'enquête à envoyer à tous les SAU et acteurs concernés.
- Collecter, relire et valider les procédures locales de prise en charge des AES.
- Proposer des mises à jour et inciter à rédiger une procédure le cas échéant.
- Rédiger et proposer des fiches d'information patient communes pour la région (pour accompagner le TPE et également pour les patients non traités).
- Accompagner l'organisation de formations locales (sur site), notamment en direction des infirmier-es.
- Identifier un correspondant dans chaque équipe.
- À plus long terme : projet de création d'un onglet « AES » sur le site Internet du COREVIH à destination de la médecine de ville (sur le même modèle que l'onglet « dépistage »).

III. Dates des prochaines réunions

- Jeudi 27 mai 2010 de 9h30 à 12h - CHU Nantes- Hôtel Dieu – 7^{ème} étage aile ouest – salle de réunion (plénière des deux sous commissions AES)
- Jeudi 17 juin de 14h à 16h – CHU Nantes - Hôtel Dieu – 2^{ème} étage aile ouest salle de réunion du Pôle digestif (AES non professionnels).

COREVIH



Coordination REgionale de lutte
contre le VIH

ANNEXE 1

ETAT DES LIEUX
DE LA PRISE EN CHARGE DES AES
DANS LES SERVICES D'URGENCE
DES PAYS DE LA LOIRE

1^{ER} RESULTAT

ENQUETE COREVIH Mars-Avril 2010.

1. INTRODUCTION :

Tous les services d'urgences doivent pouvoir assurer, en dehors des heures d'ouverture des services spécialisés, la prise en charge initiale des victimes d'accidents d'exposition sanguine ou sexuelle avec risque de transmission virale (VIH, VHB, VHC). Le médecin de garde doit donc savoir évaluer le niveau de risque de transmission, chercher à connaître le statut sérologique (pour VIH, VHB et VHC) du sujet-source s'il est identifié, et débiter si besoin un traitement antirétroviral post-exposition adapté dans le plus court délai.

Une des missions du COREVIH est de coordonner et d'évaluer cette prise en charge sur son territoire.

2. METHODE :

Un questionnaire d'enquête a été envoyé aux **21 services d'urgences des hôpitaux** (hors urgences pédiatriques) et aux **5 services d'urgences de cliniques** de la région.

15 services d'urgences publics ont répondu, et **1 seul service privé**

Les 6 services d'urgences gynécologiques ont été contactés secondairement, un seul a répondu.

L'analyse porte sur les 16 services d'urgences générales ayant répondu au questionnaire.

Un questionnaire complémentaire a été adressé aux spécialistes de l'infection VIH recevant les demandes d'avis et les patients adressés par les urgences pour connaître les difficultés ressenties.

3. RESULTATS : (disponibles au 27/04/2010)

3.1. Disponibilité des services d'urgences :

Tous les services prennent en charge des victimes d'AES, le plus souvent 24h/24, mais seulement au heures de garde pour 4 d'entre eux (le service spécialisé les accueillant en direct aux heures ouvrables)

3.2 Type d'AES :

Ce sont le plus souvent des accidents sanguins sauf à Nantes (environ 70 % d'accidents sexuels). Les victimes d'agressions sexuelles sont orientées vers les services de gynécologie s'ils sont disponibles. Les services d'urgences privées

accueillent essentiellement voire exclusivement les AES professionnels survenus dans leur établissement.

3.3 Incidence :

La **fréquence** de ces consultations est très variable : **de moins d'1 par mois** (Montaigu) à **plus de 10 par mois** (Nantes), représentant entre 0,27/1000 (Ancenis) et 3,38/1000 (St Calais) motifs d'admissions aux urgences (sous réserve d'une *estimation* du nombre d'AES).

Les services réalisant un relevé systématique des AES déclarent une incidence entre 1,25/1000 (La Roche) et 2/1000 (Nantes). Un service d'urgence recevant tous les AES y compris les agressions sexuelles et les accidents professionnels, 24h/24, peut avoir une incidence relative plus élevée. Dans tous les cas ce motif de consultation est rare et ne peut pas relever de la « routine » pour la plupart des médecins urgentistes, encore moins pour les non-urgentistes participant aux gardes (45 médecins participent à la liste de garde au CHU d'Angers)...

3.4 Procédures écrites :

...d'où l'importance d'avoir une **procédure écrite** (1 service public et 1 service privé déclarent en manquer) **facilement disponible, détaillant aussi la prise en charge des AES non professionnels** (cela manque dans 3 services) et **à jour** (une procédure n'a pas été remise à jour depuis 2004, une autre depuis 2006). Ces procédures devraient être évaluées, corrigées si besoin, et validées par le COREVIH.

3.5 Avis spécialisés :

L'avis d'un « médecin référent » doit être sollicité par téléphone 24h/24 pour les décisions difficiles (selon les recommandations du rapport Yeni 2008 et le référentiel d'EPP de la SFLS). **Seuls 40 % des services (6/15) déclarent pouvoir le solliciter.** Une liste d'astreinte est difficile à mettre en place dans les départements disposant seulement d'un ou deux médecins spécialistes du VIH. Dans ce cas l'avis est parfois pris auprès du spécialiste d'astreinte du CHU de référence.

Les médecins référents estiment parfois être sollicité par excès pour des situations simples et décrites dans la procédure locale, par méconnaissance de cette procédure (médecins urgentistes remplaçants par exemple)

3.6 Formation spécifique :

La formation des équipes d'urgences est clairement insuffisante : **seuls 4 services** (26,7%) déclarent avoir organisé une réunion de formation des médecins urgentistes. Ces réunions sont récentes (2008 et 2009) mais devraient être renouvelées, au moins une fois par an. (l'objectif fixé par le référentiel de la SFLS est d'assurer la présence 24h/24 d'un médecin formé à cette prise en charge depuis moins de 5 ans !)

Par ailleurs une formation des IDE d'accueil des urgences sur ce sujet semble aussi nécessaire, et n'a pas été évaluée dans cette enquête.

3.7 Sérologies en urgence :

La sérologie VIH du sujet-source est réalisable en urgence dans tous les services ayant répondu à l'enquête, parfois *via* un laboratoire extérieur.

Les sérologies VIH, VHB et VHC de la personne exposée ne sont pas nécessaire en urgence, mais elles sont prélevées sur place dans la plupart des services (11/15, 73,3%). Les résultats sont récupérés a posteriori et transmis par un médecin des

urgences le plus souvent (9/11) ou par un médecin référent local du service de médecine (1/11). Un service déclare laisser cette mission au biologiste du laboratoire !

3.8 Disponibilité et composition du kit d'antirétroviraux pour TPE :

Presque tous les services d'urgence de la région (14/16) disposent d'un kit associant **COMBIVIR et KALETRA** pour une durée de **3 jours**.

Un seul service utilise un kit **TRUVADA-KALETRA**.

Deux services utilisent un kit de traitement de **2 jours**, ce qui laisse peu de marge pour un traitement débuté le vendredi soir : la réévaluation par le spécialiste doit impérativement avoir lieu dès le lundi matin..

Deux services (un public et un privé) **ne disposent d'aucun kit !**

3.9 Fiches d'information destinées aux patients :

Une information écrite est fournie avec le TPE dans 2/3 des services (10/15) Une fiche d'information pour les patients ne recevant pas de TPE n'est prévue que dans 4 services.

L'information reçue par le patient ayant débuté un TPE est jugée insuffisante par un médecin référent.

3.10 Organisation du suivi :

La plupart des services orientent les personnes n'ayant pas débuté de TPE vers leur médecin traitant ou le CDAG pour leur suivi sérologique. Seuls 3 services organisent ce suivi avec un spécialiste, présent dans l'établissement.

Tous les patients ayant débuté un TPE sont orientés vers un spécialiste, sauf dans un hôpital disposant d'un médecin « référent AES » local.

Le taux de présence à cette consultation spécialisé n'a pas été évalué.

Le patient doit le plus souvent (14 services/15) prendre lui-même rendez-vous par téléphone. Un service convoque le patient.

Le dossier est le plus souvent transmis par le patient lui-même sous forme de courrier ou de copie du dossier. Deux services utilisent une transmission par fax, un service prévoit une transmission par téléphone.

Deux services ont un dossier informatisé pour ce type de consultation, directement accessible par le référent. Trois services déclarent que la transmission n'est pas organisée. Un référent (d'un autre département) se plaint de ce défaut de transmission de l'information.

4. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES :

Cette enquête (dont les résultats sont encore partiels) montre que la grande majorité des services d'urgences de la région prennent déjà en charge les victimes d'AES mais devraient pouvoir bénéficier d'un soutien du COREVIH pour rédiger ou mettre à jour et valider leur procédure locale ainsi que des fiches d'information destinées aux consultants, y compris ceux qui ne reçoivent pas de TPE en urgence.

L'utilisation du même type de kit (COMBIVIR-KALETRA) dans presque tous les services d'urgence de la région devrait faciliter la rédaction d'un document d'information commun.

Il semble urgent de proposer une formation pour les médecins des services qui ne l'ont pas encore organisé, à relayer par des formations locales s'adressant à

l'ensemble du personnel soignant (médecins titulaires, remplaçants, internes, IDE) et régulièrement renouvelées.

L'efficacité et la pérennité de ces mesures d'amélioration supposent un relais par un ou des référents locaux (médecins et IDE) dans chaque service d'urgence.

Beaucoup de travail en vue donc, et les bonnes volontés identifiées lors de la prochaine réunion du 11 mai seront bienvenues !

Martin DARY, pour la commission AES du COREVIH.