

Prise en charge des accidents d'exposition au sang en région BFC





SOMMAIRE

LEXIQUE	3
PRÉAMBULE	4
ENJEU	6
OBJECTIFS	7
AES PROFESSIONNELS	8
• SOINS IMMÉDIATS	
• STATUT SÉROLOGIQUE DU SUJET SOURCE	
• BILAN INITIAL DE LA VICTIME D'AES	
• INDICATIONS DU TPE	
• PRISE EN CHARGE DES AUTRES RISQUES INFECTIEUX	
• DÉCLARATION	
• SUIVI BIOLOGIQUE DE LA VICTIME D'AES	
• SURVEILLER LES AES	
AES CHEZ LES USAGERS DE DROGUE	18
ACCIDENT D'EXPOSITION SEXUELLE	20
• CONDUITE À TENIR	
• INDICATIONS DU TPE	
• CONTRACEPTION D'URGENCE	
• SUIVI BIOLOGIQUE	
LA PREP	28
LE TRAITEMENT POST-EXPOSITION	29
ANNEXES	31
RÉFÉRENCES	35

LEXIQUE



AES : Accident exposant au sang

ARV : Antirétroviraux

AT : Accident de travail

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CPias : Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins

DIU : Dispositif intra-utérin

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

IM : Intra-musculaire

INTI : Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse

INNTI : Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

IST : Infections sexuellement transmissibles

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition

SC : Sous-cutanée

TPE : Traitement Post Exposition

UDI : Usager de Drogues par voie Intraveineuse

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

PRÉAMBULE



Un accident exposant au sang (AES) est défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant, soit par effraction cutanée (piqûre ou coupure), soit par projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur une peau lésée.

Ceci concerne l'ensemble des micro-organismes véhiculés par le sang ou les liquides biologiques comme le révèle une vaste étude en 2006.

Le risque varie selon les liquides biologiques, selon le type d'exposition et selon le patient source.

En pratique, 3 virus hématogènes constituent l'essentiel du risque notamment le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC).

Le risque moyen de transmission après exposition percutanée (par piqûre ou coupure) au sang est différent en fonction de l'agent viral en cause.

Virus	Nb de personnes infectées en France	Proportion de personnes ignorant leur infection	Risque moyen après accident percutané	Risque moyen après contact cutanéomuqueux
VIH	173 000	14%	0,32 %	0,03%
VHC	134 000 (ARN+)	20% [4-56]*	1,8 %	? /10
VHB	136 000 (Ag HBs+)	83% [54-95]*	6-30 % (Ag HBe-/+)	? /10

Risque de transmission du VIH, VHC, VHB chez le non immunisé

<https://www.geres.org/aes-et-risques/epidemiologie-du-risque-infectieux/>

Sont assimilés à des AES, les accidents survenus dans les mêmes circonstances avec d'autres liquides biologiques tels que :

- sécrétions génitales,
- liquide cérébro-spinal (LCS), synovial, pleural, péritonéal, péricardique, amniotique...
- Ils doivent être considérés comme potentiellement contaminants même s'ils ne sont pas visiblement souillés de sang comme un AES.
- Une exposition à des urines non macroscopiquement hématuriques n'est pas considérée comme à risque d'AES.

Les AES surviennent le plus souvent chez un professionnel de santé mais peuvent également concerner un usager de drogues en cas de partage de matériel d'injection et lors des accidents d'exposition sexuelle.

Les rapports sexuels non protégés exposent en plus au risque des autres infections sexuellement transmissibles (syphilis, chlamydia, gonocoque ..).

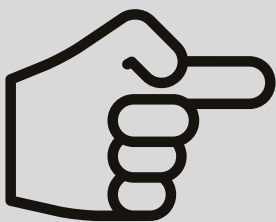
Après une exposition sexuelle ou sanguine à risque, un traitement post-exposition (TPE) peut réduire le risque de transmission du VIH. Le principe est d'agir avant la propagation virale et avant l'atteinte du système immunitaire.

Actuellement, les traitements post-exposition peuvent être prescrits en milieu hospitalier, en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ou en centre de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC). En dehors des heures d'ouverture des services concernés, les structures d'urgence sont habilitées à prescrire et délivrer le TPE.

Les services référents pour le VIH sont sollicités pour la réévaluation de la prescription initiale (poursuite ou arrêt).

En cas d'AES professionnel, le suivi biologique ultérieur est la plupart du temps réalisé par le service de Santé au travail.

Le médecin traitant est amené parfois à assurer le suivi médical et biologique de l'AES (pour les professionnels libéraux sans service de santé au travail et les AES non professionnels).



La qualité de la prise en charge initiale nécessite la prise en compte de procédures d'orientation, la formation des équipes soignantes, le respect des conditions de confidentialité et le développement de liens entre la pharmacie hospitalière et les services référents pour le VIH assurant le suivi.



ENJEU

Ce document a pour but d'optimiser la prise en charge immédiate des AES professionnels et non professionnels ainsi que les modalités de suivi.

Le document s'appuie sur :

- l'instruction **N°DGS/SP2/PP2/DGOS/PF2/DSS/1C/DGT/CT2/2019/45 du 25 février 2019** relative aux recommandations de prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques (AES) survenant dans un environnement professionnel et des accidents d'exposition sexuelle.
- les recommandations de prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST ([rapport d'experts](#) sous la direction du Pr Pierre Delobel, conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) du 13 décembre 2024).

Il appartient à chaque structure de s'approprier cette proposition en fonction de sa logistique locale.

OBJECTIFS



- Proposer aux médecins quelque soit leur lieu d'exercice, un guide de prise en charge :
 - des victimes d'un AES professionnel,
 - des victimes d'AE-Sexuels,
 - des usagers de drogues.
- Informer les professionnels de santé victimes d'un AES, quel que soit leur lieu d'exercice, de la procédure de prise en charge.

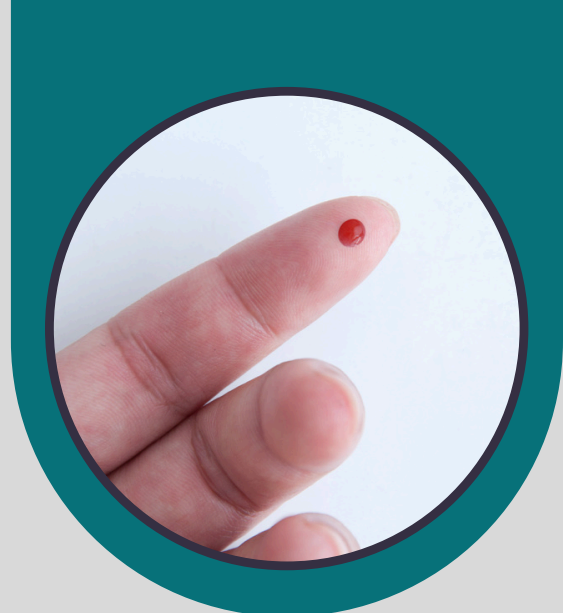




AES professionnels

SOINS IMMÉDIATS

Après la survenue d'un AES, s'assurer que les premières mesures prises ont bien été conformes, sinon effectuer ou faire effectuer immédiatement les soins locaux nécessaires :



En cas d'exposition percutanée	• Ne pas faire saigner • Nettoyer à l'eau et au savon doux puis rinçage • Antisepsie : Dakin (ou eau de javel diluée au 1/5) ou Polyvidone iodée (Bétadine dermique) ou alcool à 70°. • Durée > 5 min
En cas de projection muqueuse (notamment oculaire)	• Rinçage à l'eau et/ou au sérum physiologique • Durée > 5 min



LES PREMIERS SOINS

■ Règle n°1 :
**NE JAMAIS
FAIRE
SAIGNER**



■ Règle n°2 :
LAVER à l'eau
et au savon

■ Règle n°3 :
RINCER
abondamment



■ Règle n°4 :
DÉSINFECTER
après séchage ou
immersion **pendant**
5 minutes, avec du
Dakin, de la Bétadine
dermique ou de
l'alcool à 70°



■ En cas de projection sur une muqueuse :
Rincer pendant 5 minutes avec de
l'eau ou du sérum physiologique



STATUT SÉROLOGIQUE DU SUJET SOURCE



- Récupérer les sérologies VIH, VHB, VHC du sujet source dans son dossier médical si elles sont disponibles et récentes.
- Prélever en urgence la sérologie VIH du sujet source en l'absence de résultat de sérologie dans le dossier du patient ou si sérologies anciennes et avec son accord (hormis les cas où ce consentement ne peut être exprimé).
- Réaliser les sérologies VHB et VHC si non disponibles
- Charge virale (CV) VHC si sujet connu infecté hépatite C
- Charge virale VIH si sujet connu infecté :
 - En l'absence de donnée,
 - Ou si CV VIH > 6 mois
 - Ou si CV VIH récente (≥ 50 copies/ml)

Urgence AES

- ☐ Sérologie VIH
- ☐ Sérologie VHB : Ag HBs, Ac Anti HBc, et Ac Anti HBs
- ☐ Sérologie VHC
- ☐ Charge virale VHC si sujet source connu infecté VHC
- ☐ Charge virale VIH si sujet source connu infecté VIH

Date

Signature

BILAN INITIAL DE LA VICTIME D'AES



- ☐ Sérologie VIH
- ☐ Sérologie VHB : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc (sauf si immunité antérieure documentée ou statut connu)

- ☐ Sérologie VHC

En cas de TPE

- ☐ ALAT
- ☐ Créatinine + DFG
- ☐ Test de grossesse

Date

Signature



Le test de grossesse, en dehors du TPE, est indiqué pour les femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception et chaque fois que les femmes le souhaitent.



INDICATIONS DU TPE

Extrait des recommandations de bonnes pratiques de l'HAS :
traitement post-exposition au VIH du 25/07/2024

Risque et nature de l'exposition *	Personne source vivant avec le VIH avec CV détectable ≥ 50 copies/mL	Personne source vivant avec le VIH traitée depuis > 6 mois avec CV < 50 copies/mL	Personne source de statut VIH impossible à déterminer
Piqûre profonde, aiguille creuse et intra-vasculaire	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE à discuter si facteurs de risques épidémiologiques
Coupure avec bistouri, piqûre avec aiguille IM ou SC, piqûre avec aiguille pleine, exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > à 15 minutes	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Piqûres avec seringues abandonnées, crachats, morsures ou griffures	TPE non recommandé		

* Des soins locaux doivent être réalisés : si blessure ou piqûre, lavage à l'eau et au savon puis antiseptie (hypochlorite de sodium ou povidone iodée) ; en cas de projection muqueuse, rinçage au sérum physiologique

Facteurs de risque épidémiologiques : prévalence du VIH non diagnostiqué est $\geq 1\%$: personne originaire de zone de haute endémie (prévalence $\geq 1\%$, dont certains pays d'Afrique subsaharienne, et la Guyane), usager de drogue intraveineuse.



HAS ANRS CNS. Traitement préventif
post-exposition au VIH : Fiche juillet
2024

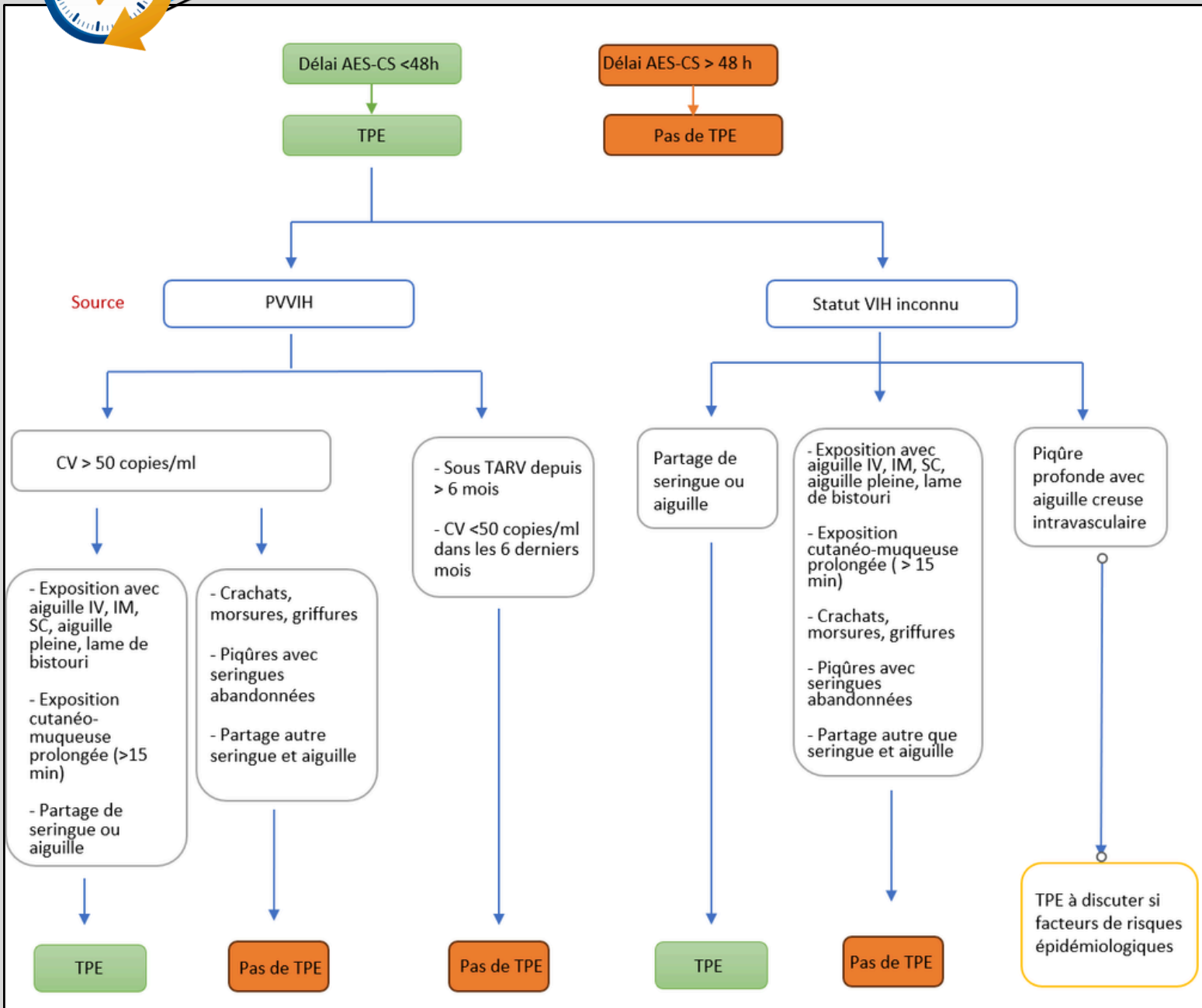


Délai maximal entre AES et TPE si indications





Algorithme d'indication au TPE après exposition au sang



D'après HAS • Traitement préventif post-exposition au VIH • juillet 2024

Prise en charge des autres risques infectieux

HÉPATITE B

Dans le cadre d'un accident d'exposition professionnel, il n'y a le plus souvent aucune prophylaxie nécessaire, quel que soit le statut du patient source, car la plupart des personnels de santé sont vaccinés contre le VHB et sont répondeurs à la vaccination (Ac anti-HBs ≥ 10 mUI/ et antécédents de vaccination complète ou > 100 mUI/ml au moins une fois dans les antécédents)

Une sérovaccination complète doit en revanche être proposée aux non-vaccinés, ou une injection d'immunoglobulines aux personnes non répondeuses à la vaccination (Ac anti-HBs < 10 mUI/ml), lorsque le patient source est porteur du VHB (Ag HBs+).

D'après le rapport Morlat 2017	Statut VHB (Ag HBs) personne source	
	Positif	Inconnu
Sujet exposé		
Vacciné répondeur (Anti HBs > 10 mUI/ml ou > 100 mUI/ml dans les antécédents)	rien	rien
Vacciné non répondeur (Anti HBs < 10 mUI/ml sans anti-HBc ni notion d'anti HBs > 100 mUI/ml dans le passé)	Immunoglobulines*	rien**
Non vacciné	Immunoglobulines* + vaccin	vaccin**

* L'administration d'immunoglobulines n'est pas nécessaire si la personne source ne présente pas de virémie VHB positive (ADN plasmatique indétectable).

** L'administration d'immunoglobulines est légitime en l'absence d'utilisation de ténofovir en TPE (rare en dehors de l'insuffisant rénal sévère) et si la personne source est originaire d'un pays de haute (Afrique sub-saharienne, Asie) ou moyenne (Outre-mer, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud) endémicité pour le VHB et/ou usager de drogues par voie intraveineuse et/ou HSH et/ou avec partenaires multiples



Les Ig anti-VHB doivent être administrées si possible dans les 72 h suivant l'exposition, au maximum 1 semaine après.

HÉPATITE C

En cas d'exposition professionnelle possible au VHC (patient source infecté par le VHC et virémique ou patient source de sérologie inconnue), un traitement préventif anti-VHC n'est pas recommandé en post-exposition, aucune étude n'ayant évalué son efficacité.

Le suivi sérologique et/ou par une charge virale C des personnes exposées permettent d'établir un diagnostic précoce des rares contaminations,¹⁴ rapidement éradiquées par un traitement antiviral direct (cf page suivante).

DÉCLARATION



Dans les 24 heures :

Déclarer son accident à son employeur.

Lien AMELI



Dans les 48 heures :

L'employeur déclare l'AES à la CPAM en joignant un certificat médical.

Dans les 8 jours :

Contactez la médecine du travail pour le suivi.

SUIVI BIOLOGIQUE



	Avec ou sans TPE
Temporalité	A S12 post-exposition
☐ Sérologie VIH	+ (1)
☐ Sérologie VHB	+/- (2)
☐ Sérologie VHC	+ (3)
☐ ALAT	+

(1) Pour les personnes ne souhaitant pas attendre 12 semaines pour avoir les résultats de leur test pour le VIH, celui-ci peut être réalisé à 6 semaines (ou 10 semaines en cas de TPE)

(2) En cas de risque VHB : Ac anti-HBs négatifs au screening et personne non vaccinée

(3) En cas d'exposition à un sujet source ARN VHC+, un bilan plus précoce pourra être réalisé à S6 avec ALAT et charge virale VHC

HAS • Traitement préventif post-exposition au VIH • juillet 2024



SURVEILLER LES AES

A l'hôpital :

Chaque établissement de santé peut organiser une surveillance des AES de manière autonome en utilisant l'outil **WebAES#2**.

Cette surveillance permet d'apporter une connaissance sur la typologie des AES (causes, circonstances, prise en charge ...) pour promouvoir et cibler les actions de prévention.



→ Plus d'informations pour participer : <https://neptune.chu-besancon.fr/rfclin/trame.php?page=501>

En ville :

Depuis 2023, un outil spécifique a été développé pour permettre aux IDEL de saisir les AES dont ils pourraient être victimes dans le cadre de leur activité professionnelle. Il s'agit de **WebAES-Ville**.

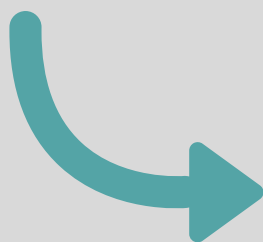


→ Plus d'informations pour participer : <https://neptune.chu-besancon.fr/rfclin/trame.php?page=501>



AES chez les usagers de drogue

- Bilan initial identique à celui du professionnel victime d'AES (cf page 12)



- Même procédure de prise en charge des autres risques infectieux (hépatite B et C) par rapport aux professionnels de santé victimes d'un AES (cf page 16)
- Vérifier la couverture vaccinale contre le tétanos.

☐ Sérologie VIH

☐ Sérologie VHB : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc (sauf si immunité antérieure documentée ou statut connu)

☐ Sérologie VHC

En cas de TPE

☐ ALAT

☐ Créatinine + DFG

☐ Test de grossesse

- Même suivi biologique que pour un AES professionnel (cf page 18)



	Avec ou sans TPE
Temporalité	A S12 post-exposition
☐ Sérologie VIH	+ (1)
☐ Sérologie VHB	+/- (2)
☐ Sérologie VHC	+ (3)
☐ ALAT	+

- Indications du TPE :

Risque et nature de l'exposition	Usager précédent vivant avec le VIH avec CV détectable ≥ 50 copies/mL	Statut VIH de l'usager précédent impossible à déterminer	Usager précédent vivant avec le VIH traité depuis >6 mois avec CV <50 copies/mL
Partage de seringue ou aiguille	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Partage d'autre matériel que seringue ou aiguille	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Piqûres avec seringue ou aiguille abandonnée ou heure d'utilisation inconnue	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé



Accident d'exposition sexuelle

CONDUITE À TENIR

Dans les



- Aucun soin local n'est préconisé
- Déterminer l'heure et la nature du rapport à risque
- Rechercher les facteurs augmentant le risque de transmission :
 - Infection génitale
 - Lésion génitale
 - Ulcération
 - Rapports anaux
 - Rapports sexuels pendant les règles
 - Saignement au cours des rapports
 - Partenaire appartenant à un groupe à risque
- Réaliser le bilan initial :

☐ Sérologie VIH

☐ Sérologie VHB : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc (sauf si immunité antérieure documentée ou statut connu)

☐ Sérologie VHC

☐ Sérologie syphilis

☐ PCR chlamydia + gonocoque :

☐ Frottis pharyngé (rapport oro-génital)

☐ Frottis anal (rapport anal)

☐ Auto-prélèvement vaginal ou 1er jet d'urines (si pénis)

En cas de TPE :

☐ ALAT

☐ Créatinine + DFG

☐ Test de grossesse



INDICATIONS DU TPE

Indications au TPE après exposition sexuelle lorsque la personne source vit avec le VIH

Risque et nature de l'exposition	Partenaire source vivant avec le VIH CV détectable	Partenaire source vivant avec le VIH CV <50 copies/ml et TARV ≥6 mois
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapports oro-génitaux	TPE non recommandé*	TPE non recommandé

*En cas de fellation réceptive avec charge virale >1000 copies/mL documentée chez le partenaire source, un TPE est à discuter au cas par cas.

HAS : Traitement préventif post-exposition au VIH • juillet 2024

Indications au TPE après exposition sexuelle lorsque le statut VIH de la personne source ne peut pas être déterminé (1)

classement par risque d'exposition

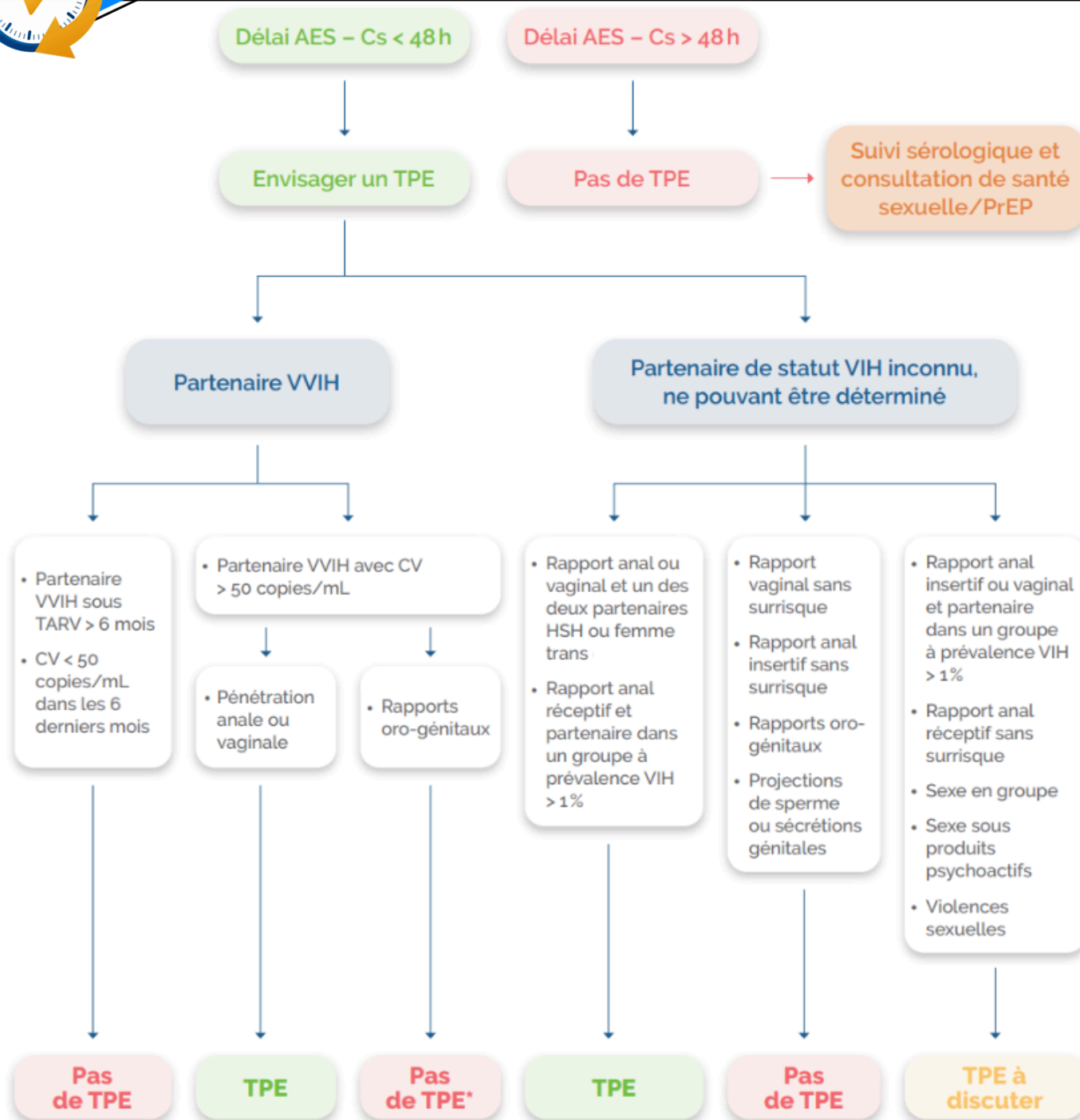
Risque et nature de l'exposition	HSH ou personne transgenre	Partenaire d'un groupe de prévalence $\geq 1\%$ (hors HSH ou personne transgenre)*	Activité sexuelle en groupe et/ou sous produits psychoactifs, Violences sexuelles*	Autres situations avec partenaire de statut VIH inconnu
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter	TPE non recommandé
Rapport vaginal	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter	TPE non recommandé
Rapports oro-génitaux	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Projection cutanée ou muqueuse de sperme ou sécrétions génitales	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* On parle de "surrisque" quand le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH² non diagnostiqué est $\geq 1\%$: personne originaire de zone de haute endémie (prévalence $\geq 1\%$, dont certains pays d'Afrique subsaharienne et la Guyane), usager de drogue intraveineuse ; ou lorsque le rapport survient dans des circonstances où les données de la littérature ne permettent pas d'évaluer le niveau d'exposition, mais où un risque accru du VIH est possible : activité sexuelle en groupe, sous produits psychoactifs, violences sexuelles.

HAS : Traitement préventif post-exposition au VIH • juillet 2024



Algorithme d'indication au TPE après exposition sexuelle



* Sauf fellation réceptive et charge virale documentée > 1000 copies/mL chez le sujet source



**D'après le protocole du Service de
Maladies Infectieuses et Tropicales du
CHU Besançon**

- Rechercher des facteurs de risque :

Facteurs de risque	
Partenaire	☐ HSH, Bisexuel ☐ Transgenre ☐ Genre inconnu ☐ Travailleur du sexe ☐ Sexe en groupe ☐ Usagers de drogues, CHEMSEX ☐ Origine géographie VIH > 1%(Guyane, Afrique sub-saharienne) ☐ Partenaire vivant avec le VIH avec une CV détectable ou indisponible
Rapport	☐ Anal réceptif
Prévention	☐ PREP avec schéma non respecté



Une seule case cochée → **Indication du TPE**

Facteurs Protecteurs	
Rapport	☐ Protégé ☐ Fellation (hors partenaire vivant avec le VIH avec CV détectable) ☐ Partenaire vivant avec le VIH
Prévention	☐ PREP prise correctement



Une seule case cochée → **Pas d'indication à TPE** même si une case est cochée dans le premier tableau

- Prescrire le TPE :
 - dans les 48 heures qui suivent le rapport.
 - si rapport non consenti (viol), TPE prescrit même si la prise en charge est > 48 heures.

CONTRACEPTION D'URGENCE



Si risque de grossesse :

- absence de contraception,
- usage défectueux de la méthode contraceptive,
- agression sexuelle si la femme n'est pas protégée par une méthode efficace de contraception

→ **Ulipristal acétate (EllaOne®)** dans les 5 jours après l'accident.

Le dispositif intra-utérin au cuivre est une contraception très efficace qui joue à la fois le rôle de la contraception post-exposition dans les 5 jours et de contraception régulière ensuite. Cette méthode est plus difficile à mettre en œuvre, car elle nécessite la disponibilité des praticiens (médecins, sages-femmes).



Proposer systématiquement une contraception mécanique (préservatifs) jusqu'au prochain dépistage.

SUIVI BIOLOGIQUE



	En cas de TPE, avec enchaînement sur une PrEP	En l'absence de TPE et en l'absence de risque hépatite	En cas de TPE, sans PrEP à suivre et sans risque d'hépatite	Avec ou sans TPE, en l'absence de PrEP et avec risque d'hépatite (1)
Temporalité	Un seul contrôle à S4 post exposition puis suivi PrEP habituel	Un seul contrôle à S6 post exposition	Un seul contrôle à S10 post exposition	Un seul contrôle à S12 post exposition
☐ Sérologie VIH	+	+	+	+(2)
☐ ARN VIH	+/- (3)			
☐ Sérologie VHB				+
☐ Sérologie VHC				+
☐ Sérologie VHA	+(IgG)			+/- (4)
☐ ALAT	+			+
☐ Créatinine + DFG	+			
☐ Sérologie Syphilis	+	+	+	+
☐ PCR Chlamydia/Gonocoque (6)	+	+	+	+
☐ Test de grossesse	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)

(2) Pour les personnes ayant eu un « risque hépatite » et ne souhaitant pas attendre 12 semaines pour avoir les résultats de leur test pour le VIH, celui-ci peut être réalisé à 6 semaines (ou 10 semaines en cas de TPE)

(3) En cas de doute sur une primo-infection VIH

(4) Si exposition à risque VHA (rapports oro-anaux) : IgM (hépatite aiguë), IgG (contrôle d'immunité)

(7) Femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception : au screening et chaque fois que les femmes le souhaitent

HAS : Traitement préventif post-exposition au VIH • juillet 2024

LA PREP

Traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH

Indications :

- Chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et chez les femmes transgenres
- Chez les hommes et chez les femmes dans les couples hétérosexuels sérodifférents pour le VIH, et en population générale fortement exposée
- Chez les personnes utilisatrices de drogues par voie intraveineuse (avec un moindre niveau de preuve)

Molécules & posologie :

La PrEP orale par **TDF/FTC (TRUVADA®)** peut être prescrite :

- Sous forme continue, en débutant avec deux comprimés lors de la 1ère prise puis un comprimé par jour.
- Sous forme discontinue, uniquement chez les hommes cisgenres ou les personnes transgenres ayant des relations anales exclusives (et hors infection chronique par le VHB) : deux comprimés au moins 2 h avant l'exposition potentielle puis un comprimé par jour jusqu'à 48 h après la dernière exposition.



PrEP par cabotégavir d'action prolongée (CAB-LP) par voie injectable est une alternative en 2ème intention.

Articulations entre TPE et PrEP

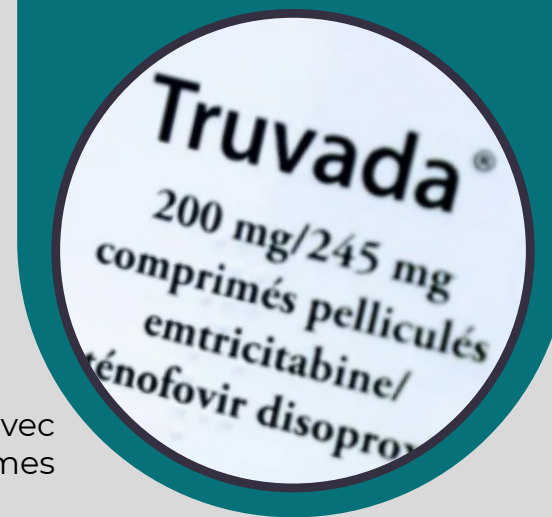
Les personnes pour lesquelles on propose une prescription de PrEP à l'issue du TPE auront un bilan biologique à 4 semaines de l'exposition, à la fin du traitement, permettant d'en chaîner directement TPE et PrEP

En cas de prescription d'un TPE chez une personne qui n'est pas encore sous PrEP, il est recommandé d'envisager au cas-par-cas une prescription de PrEP du VIH à l'issue du traitement de l'exposition. La PrEP peut être administrée dès la fin du TPE, avec un contrôle de l'ARN VIH plasmatique en cas de doute sur une primo-infection. (AE)

En cas de défaut de prise de la PrEP et d'exposition au VIH, un TPE est indiqué si (AE) :

- En schéma continu par TDF/FTC, la PrEP a été prise moins de 6 fois dans les 7 derniers jours (rapports vaginaux réceptifs) ou moins de 4 fois dans les 7 derniers jours (rapports anaux)
- En schéma discontinu par TDF/FTC, la prise initiale s'est faite moins de 2 h avant la pénétration anale ou quand le premier comprimé post exposition n'a pas été pris dans les 28 h (4 h après l'heure recommandée) suivant la première prise
- En cas de PrEP par CAB-LP injectable, si la dernière injection date de plus de 10 semaines (soit 2 semaines de retard après la date théorique d'injection)

Dans les situations où la PrEP orale n'a pas été correctement prise et nécessite d'envisager un TPE dans les 48 h de l'exposition, et en cas d'impossibilité de consulter immédiatement pour un TPE, les personnes ayant avec elles des comprimés de TDF/FTC sont incitées à reprendre un traitement le plus rapidement possible, dans l'attente de la consultation permettant de prescrire le TPE. En effet, il n'y a pas d'argument dans la littérature indiquant que la bithérapie est inférieure à la trithérapie en TPE, et dans l'urgence il est probablement mieux de prendre une bithérapie immédiate plutôt que de ne rien prendre en attendant le 1er comprimé de trithérapie post-exposition.



TRAITEMENT POST EXPOSITION (TPE)

LE TPE EST D'AUTANT PLUS EFFICACE QU'IL EST DÉBUTÉ LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE, IDÉALEMENT DANS LES 4 HEURES SUIVANT L'EXPOSITION ET AU PLUS TARD DANS LES 48 HEURES.

Au delà de 48 à 72 h post exposition, les données de la littérature ne montrent pas de protection significative.



Le traitement est prescrit initialement pour une durée de 2 à 4 jours et la prescription est réévaluée et le cas échéant renouvelée lors de la consultation de réévaluation du médecin référent (délivrance hospitalière) pour une durée totale de 30 jours incluant le « starter kit ».



Ne pas oublier de donner un rendez-vous ou remettre les coordonnées du médecin référent AES de votre établissement pour une consultation dans les 48 heures pour valider l'indication du TPE et poursuivre le traitement.

ADULTES :



- Deux inhibiteurs nucléosidiques (Ténofovir disoproxil + Lamivudine) (+) un inhibiteur non nucléosidique (Doravirine)
DELSTRIGO® 245/300/100 mg.
- Posologie : 1 comprimé par jour à heure fixe pendant 4 jours.
- Pas de surveillance particulière, peu d'interactions médicamenteuses

GROSSESSE OU ALLAITEMENT :



Il n'y a pas de contre-indication au TPE pendant la grossesse et l'allaitement.

Compte tenu de l'absence de données concernant l'usage de la Doravirine ou du Bictégravir dans ce contexte, on choisira en 1ère intention une association :

- Ténofovir disoproxil (+) Lamivudine **TRUVADA®** (+) Dolutégravir **TIVICAY®**
- Ou **TRUVADA®** (+) Raltégravir **ISENTRESS®** 400 mg (en deux prises)





EN CAS D'INSUFFISANCE RÉNALE :

Prescription si poursuite TPE par le médecin référent

- **30 > DFG < 50 ml/min :**

- Deux inhibiteurs nucléosidiques (Tenofovir alafenamide + Emtricitabine) (+) un anti-intégrase (Bictégravir)
BICTARVY® 25/200/50MG.
- Posologie : 1 comprimé par jour à heure fixe pendant 4 jours.

- **DFG < 30 ml/min :**

- Un anti-intégrase (Dolutégravir 50 mg) (+) un inhibiteur non nucléosidique (Doravirine 100 mg)
TIVICAY® 50mg (+) PIFELTRO® 100 mg
- Posologie : 1 comprimé de chaque à prendre simultanément à heure fixe pendant 4 jours

CHEZ L'ENFANT :

- **Plus de 12 ans et plus de 35 kgs :**

- **DELSTRIGO® 245/300/100 mg**
 - 1 comprimé par jour pendant 4 jours Ou
- **BICTARVY® 25/200/50 mg**
 - 1 comprimé par jour pendant 4 jours.

- **Moins de 12 ans :**

- **25-35 kgs :**

BICTARVY® 25/200/50 mg.

Posologie : 1 comprimé par jour pendant 4 jours.

- **14-25 kgs et > 2 ans :**

BICTARVY® 15/120/30 mg

Posologie : 1 comprimé par jour pendant 4 jours.



Pas de surveillance particulière, peu d'interactions médicamenteuses.



ANNEXES

Annexe 1 Contraception d'urgence

Nom : _____

Prénom : _____

Ulipristal (EllaOne®) : 1 comprimé 30 mg dans les 5 jours après l'accident.

En cas de vomissements survenant dans les trois heures qui suivent la prise du comprimé, un autre comprimé doit être pris immédiatement.

Après utilisation de la contraception d'urgence, il est recommandé d'utiliser un moyen contraceptif local jusqu'au retour des règles suivantes.

L'utilisation de la contraception d'urgence ne contre-indique pas la poursuite d'une contraception hormonale régulière (pilule).

Cette méthode ne permet pas d'éviter une grossesse dans tous les cas, surtout si la date du rapport non protégé est incertaine. En cas de doute (plus de cinq jours de retard de règles ou saignements anormaux à la date prévue des règles, symptômes de grossesse), il est impératif de pratiquer un test de grossesse.

Date :

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Nom et signature du médecin :

Cachet du médecin

Annexe 2

Courrier patient

Vous avez débuté un traitement post-exposition par DELSTRIGO® et l'indication de traitement sera réévaluée par un médecin référent dans 48-72 heures pour la poursuite de votre prise en charge.

Merci de prendre rendez-vous auprès du médecin référent de notre établissement au :

Merci d'apporter votre carnet de santé ou de vaccinations lors de la consultation.

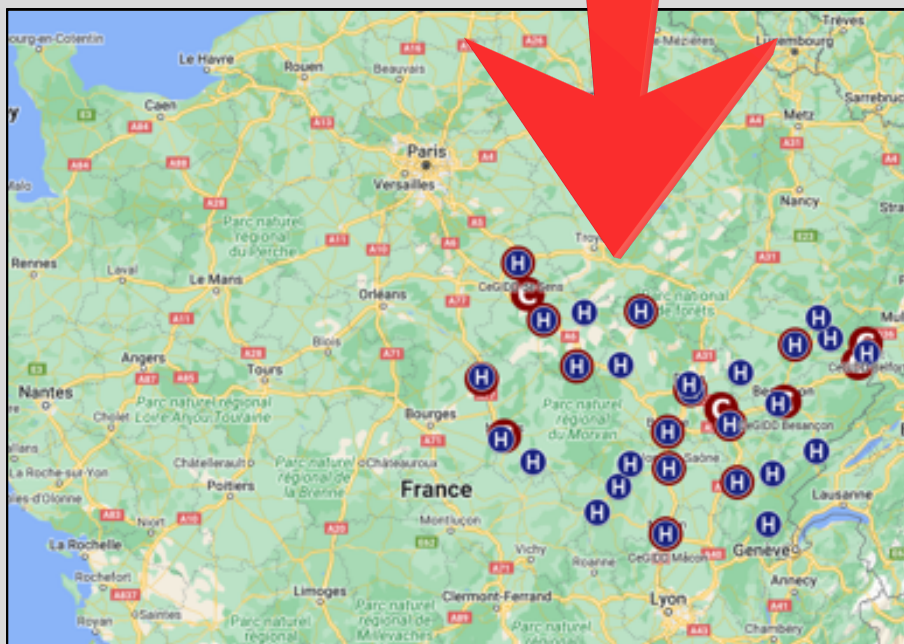
Date :

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_|

Nom et signature du praticien :

Annexe 3

Cartographie des Cegidd et ES de BFC (via le site du CPias BFC)



Annexe 4

Annuaire des services référents VIH de BFC

CH de SENS

Médecine polyvalente
1, avenue Pierre de Coubertin
89100 SENS Cédex
Tél : 03 86 86 14 47

CHU François MITTERAND

Département d'infectiologie
14, rue Paul Gaffarel
21000 DIJON
Tél : 03.80.29.54.75

HNFC

Service d'infectiologie
100, route de Moval
CS 10499 TREVENANS
90015 BELFORT Cédex
Tél : 03.84.98.20.20

CH Pierre BEREGOVY

Service de médecine interne et infectiologie
4, avenue Patrick Guillot
BP 649
58033 NEVERS Cédex
Tél : 03 86 93 71 14

CH de MACON

Service de maladies infectieuses
350, Bd Louis Escande
71018 MACON Cédex
Tel : 03.85.27.53.53

CHU Jean Minjoz

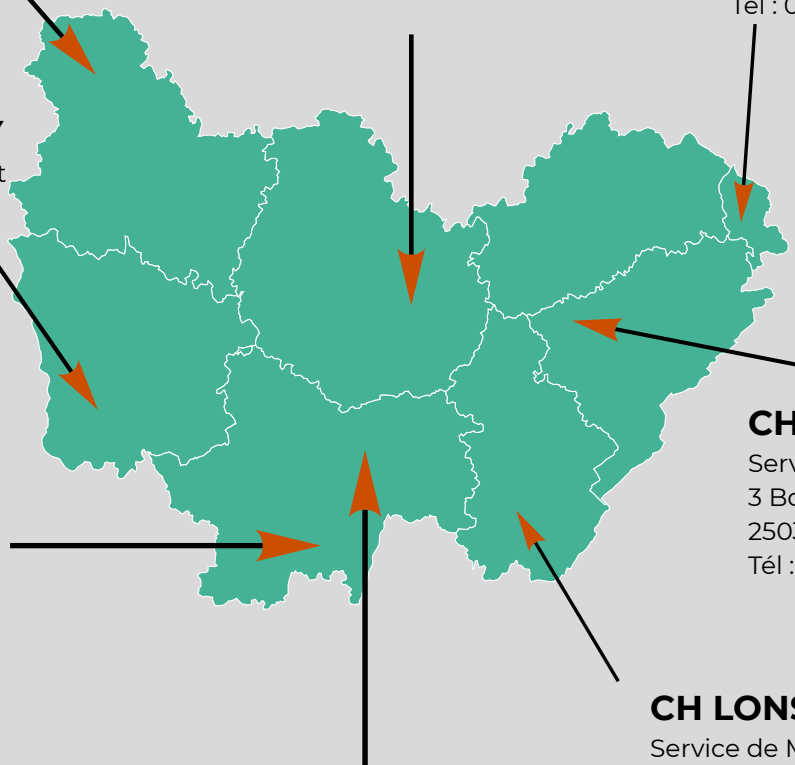
Service de maladies infectieuses
3 Bd Alexandre Fleming
25030 BESANCON Cédex
Tél : 03.81.21.85.50

CH LONS LE SAUNIER

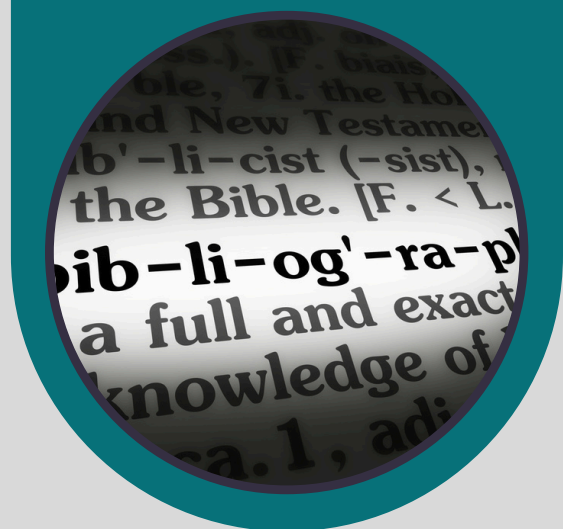
Service de Médecine 7
55, rue du dr Jean Michel
39000 LONS LE SAUNIER
Tél : 03.84 35 60 00

CH William MOREY

Service de maladies infectieuses
4, rue Capitaine Drillien
71100 CHALON-SUR-SAONE
Tél : 03.85.91.00.52



RÉFÉRENCES



INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N°
DGS/SP2/PP2/DGOS/PF2/DSS/1C/DGT/CT2/2019/45 du 25
février 2019 prise en charge des accidents d'exposition au
sang et aux liquides biologiques (AES) survenant dans un
environnement professionnel et des accidents d'exposition
sexuelle



Contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB
chez le personnel de santé Bilan de la surveillance nationale
au 31 décembre 2021.

F. Lot, Jean-Claude Desenclos. Risque lié au VIH, VHC et VHB :
épidémiologie de la transmission soignant/soigné.
Documents pour le Médecin du Travail, 2003, 96, pp.441 - 446.



HAS. Actualisation des recommandations et obligations
vaccinales de professionnels de santé. Mise à jour août 2023

Arrêt du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation
des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la
santé publique





SF2H. Dépliants "précautions standard"

CNS. Recommandations de prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST : rapport d'experts. 13 décembre 2024



Traitement préventif post-exposition au VIH.
Recommandations, juillet 2024

HAS ANRS CNS. Traitement préventif post-exposition au VIH. Fiche juillet 2024

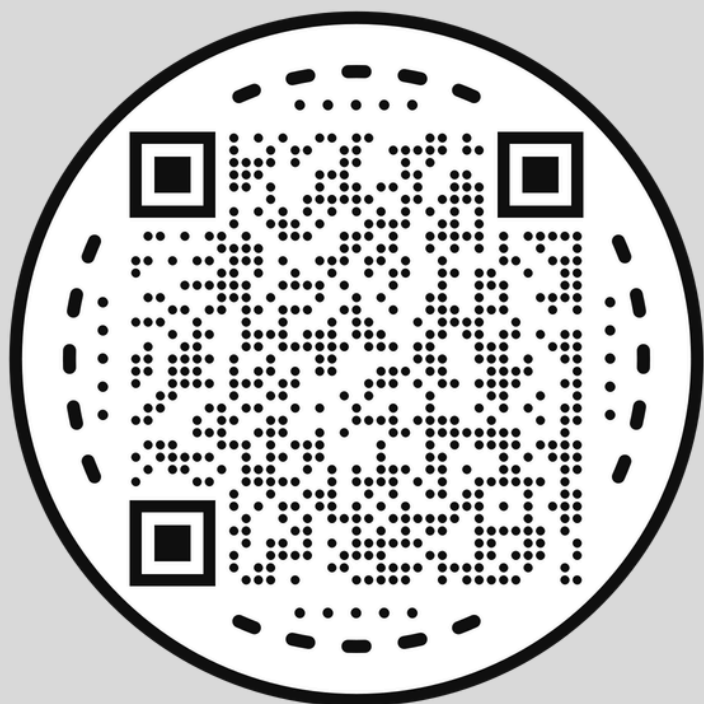


Liste des pays classés par prévalence VIH

HAS. Traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH. Février 2025



REPIAS Primo AES en activité libérale comment réagir?



CPias BFC

Siège :

CHU Besançon
3, Boulevard Alexandre Fleming
25000 Besançon
03 81 66 85 57
cpias-bfc@chu-besancon.fr

Unité hébergée :

CHU Dijon
Bâtiment IFCS / Santé au Travail
Boulevard de Lattre de Tassigny
21 079 Dijon cedex
03 80 29 30 25
cpias-bfc@chu-dijon.fr