

---

# PRISE EN CHARGE DES EXPOSITIONS ACCIDENTELLES AUX RISQUES VIH-VHB-VHC

---



PROCÉDURE RÉGIONALE  
DU LIMOUSIN



# SOMMAIRE

<b>I</b>	<b>L'ACCUEIL.....</b>	<b>05</b>
<b>II</b>	<b>L'ANALYSE PRÉCOCE DU RISQUE.....</b>	<b>05</b>
	<b>A</b> Bilan biologique initial.....	05
	<b>B</b> Risque VIH.....	06
	<b>C</b> Risque VHB.....	08
	<b>D</b> Risque VHC.....	08
	<b>E</b> Cas particulier : Piqûre avec une aiguille dans un lieu public ou une poubelle.....	09
<b>III</b>	<b>MODALITÉS DU TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE POST-EXPOSITION (TPE) .....</b>	<b>09</b>
	<b>A</b> Risque VIH.....	09
	<b>B</b> Risque VHB.....	12
<b>IV</b>	<b>SUIVI BIOLOGIQUE ULTÉRIEUR DE LA VICTIME.....</b>	<b>12</b>

# PRÉAMBULE

Cela concerne toute personne exposée à un risque de contamination par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), et de l'hépatite C (VHC) :

- Exposition liée à un accident d'exposition au sang, ou à d'autres liquides biologiques, professionnel ou non (piqûre, blessure, projection oculaire, morsure...),
- Relation sexuelle accidentellement non protégée,
- Injection de drogue accidentellement non sécurisée.

**La prise en charge doit être immédiate et doit permettre :**

- L'accueil de qualité de la personne (neutre et non stigmatisant),
- L'analyse précoce du risque,
- Si nécessaire, l'administration rapide d'un traitement et la mise en place d'un suivi.

ESTIMATION DES RISQUES (RAPPORT MORLAT 2013)	AES professionnel	AES sexuel	Toxicomanie intraveineuse
VIH	0,32%	Oro-génital : 0,04% Anal Réceptif : 1,43% Vaginal : 0,1%	0,67%
VHC	1.8%	Faible, reste significatif si relations sanglantes ou traumatiques	important
VHB	6 à 30%	30 à 40%	important

## I L'ACCUEIL

Quel que soit le type d'accident en cause, l'anxiété est importante. Il est nécessaire de valoriser la démarche de la personne et de lui fournir des informations claires sur le dispositif et son déroulement, sans stigmatisation et sans jugement.

Il faut évaluer la nécessité ou non d'une consultation psychologique ou psychiatrique.

## II L'ANALYSE PRÉCOCE DU RISQUE

Elle dépend du type d'exposition, du **statut sérologique du sujet source +++** (personne potentiellement contaminante) et de celui de la victime (personne pouvant être contaminée lors de l'accident).

### A BILAN BIOLOGIQUE INITIAL

- **Chez le sujet source** avec son accord sauf impossibilité (AES SOURCE à mentionner sur le bon du laboratoire, et à remettre en mains propres au biologiste) :
  - ➔ Sérologie VIH **en urgence** (résultats attendus dans l'heure), à défaut un TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) à confirmer par une sérologie ; charge virale VIH si la séropositivité est connue,
  - ➔ VHC : résultats attendus dans les 72h,
  - ➔ Ag HBs : résultats attendus dans les 72 h.
  
- **Chez la victime** (AES VICTIME à mentionner sur le bon du laboratoire) :
  - ➔ Sérologie VIH (doit être prélevée dans les 7 jours pour un accident du travail),
  - ➔ VHC (doit être prélevée dans les 7 jours pour un accident du travail),
  - ➔ Sérologie VHB (Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs), résultats attendus dans les 72 h.

## B RISQUE VIH

ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG (AES) 					
RISQUE ET NATURE DE L'EXPOSITION DE LA VICTIME	PATIENT SOURCE				
	Sérologie VIH négative Ou Test rapide négatif	Infecté par le VIH		De sérologie inconnue	
		Charge virale détectable ou inconnue	Charge virale non détectable	Groupe à prévalence élevée *	Groupe à prévalence faible
<b>Important :</b> - piqûre profonde - aiguille creuse de gros calibre, dispositif intravasculaire (artériel ou veineux)	Pas de prophylaxie	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée
<b>Intermédiaire :</b> - coupure avec bistouri - piqûre avec aiguille IM, SC ou pleine - exposition cutanéomuqueuse >15 minutes	Pas de prophylaxie	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée
<b>Minime :</b> Morsure, griffure, projection oculaire, piqûre avec seringue abandonnée, autre...	Prophylaxie non recommandée				

## EXPOSITION SEXUELLE ACCIDENTELLEMENT NON PROTÉGÉE OU RUPTURE DE PRÉSERVATIF ⓘ

RISQUE ET NATURE DE L'EXPOSITION DE LA VICTIME	PATIENT SOURCE			
	Infecté par le VIH		De sérologie inconnue	
	Charge virale détectable ou inconnue	Charge virale non détectable	Groupe à prévalence élevée *	Groupe à prévalence faible
<b>Rapport anal réceptif</b>	Prophylaxie recommandée		Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée
<b>Rapport anal insertif</b>	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée **	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée
<b>Rapport vaginal réceptif</b>	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée **	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée
<b>Rapport vaginal insertif</b>	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée **	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée
<b>Fellation</b>	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée **	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée

## \* Groupe à prévalence élevée :

- ⊖ Usager de drogue intraveineuse
- ⊖ Partenaires sexuels multiples
- ⊖ Homme homo et/ou bisexuel

- ⊖ Personne issue des communautés africaines subsahariennes, des Caraïbes, de l'Europe de l'Est
- ⊖ Saignement, ulcération génitale
- ⊖ IST associée
- ⊖ Viol

\*\* Envisageable au cas par cas si viol, ulcération génitale ou buccale, IST associée, saignement

## EXPOSITION ACCIDENTELLE CHEZ LES USAGERS DE DROGUES IV ⓘ

RISQUE ET NATURE DE L'EXPOSITION	PATIENT SOURCE		
	Infecté par le VIH		De sérologie inconnue
	Charge virale détectable ou inconnue	Charge virale non détectable	
<b>Important :</b> Partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation	Prophylaxie <u>recommandée</u>	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie <u>recommandée</u>
<b>Intermédiaire :</b> partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage	Prophylaxie non recommandée		Prophylaxie non recommandée

## \* Groupe à prévalence élevée :

- ⊖ Usager de drogue intraveineuse
- ⊖ Partenaires sexuels multiples
- ⊖ Homme homo et/ou bisexuel

- ⊖ Personne issue des communautés africaines subsahariennes, des Caraïbes, de l'Europe de l'Est
- ⊖ Saignement, ulcération génitale
- ⊖ IST associée
- ⊖ Viol

## C RISQUE VHB

Victime		Source		
		AgHBs+	Ag HBs inconnu	
			Groupe à prévalence élevée	Groupe à prévalence faible
Non vaccinée		Sérovaccination et suivi Délai : 72 h	<u>Si blessure importante</u> Séro-vaccination et suivi Délai : 72 h  <u>Si blessure minime :</u> Vaccin et suivi  <u>Exposition sexuelle :</u> Séro-vaccination et suivi Délai : 72 h	Vaccin
Vaccinée	Ac anti-HBs >10 UI au moins une fois dans la vie	Pas de suivi	Pas de suivi	Pas de suivi
	Ac anti-HBs ≤10 UI Et <6 injections de vaccin	Rappel vaccinal Et surveillance	Rappel vaccinal Et surveillance ❄	Rappel vaccinal Et surveillance
	Ac anti-HBs ≤10 UI et ≥ 6 injections de vaccin	Immunoglobulines seules Délai : 72 h Surveillance	Immunoglobulines seules Délai : 72 h Surveillance	Surveillance

\* Groupe à prévalence élevée :

- ⊖ Usager de drogue intraveineuse
- ⊖ Partenaires sexuels multiples
- ⊖ Homme homo et/ou bisexuel

- ⊖ Personne issue des communautés africaines subsahariennes, des Caraïbes, de l'Europe de l'Est
- ⊖ Saignement, ulcération génitale
- ⊖ IST associée
- ⊖ Viol

## D RISQUE VHC

Il n'existe aucun traitement prophylactique. Il est important en revanche de dépister rapidement une infection (PCR).

Cf : Tableau IV

## E CAS PARTICULIER : PIQÛRE AVEC UNE AIGUILLE DANS UN LIEU PUBLIC OU UNE POUCELLE

- **Risque VIH** : selon la nature et le lieu de l'exposition

Le traitement prophylactique n'est généralement pas recommandé (Sauf si blessure profonde avec une aiguille retrouvée dans un quartier où vivent des usagers de drogues).

- **Risque VHB** :

- ➔ Si non vacciné, une sérovaccination peut être proposée,
- ➔ Si vacciné, pas de traitement.

- **Risque VHC** : surveillance

## III MODALITÉS DU TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE POST-EXPOSITION (TPE):

### A RISQUE VIH

Il doit être discuté au plus tôt, si possible dans les 4 heures après l'exposition.

Il doit être réservé aux situations à risque identifiables.

Il ne se justifie plus après 48 heures.

Un traitement standardisé de 3 jours est disponible dans les unités d'Urgence. La première prise est délivrée immédiatement par l'équipe médicale et prise sans délai par la victime.

Le traitement est distribué ensuite par la Pharmacie de l'Hôpital (prise en charge à 100%).

Sa durée habituelle est de 4 semaines.

Il faut prendre en compte les traitements éventuels pouvant interférer avec les antirétroviraux (contraceptifs oraux, anti-migraineux, anti-épileptiques, AVK, Benzodiazépines, traitement de substitution...). Le Levonorgestrel (NORLEVO\*) est possible.

Les rapports sexuels seront protégés pendant au minimum 2 mois.

Le traitement se prend en une prise par jour :

**TRUVADA®** (tenofovir + emtricitabine) : **1 par jour** au milieu d'un repas

et

**PREZISTA®** (Darunavir) **800** : 1/j

et

**NORVIR®** (Ritonavir) **100** : 1/j



### EN CAS DE GROSSESSE :

En cas de grossesse, ou de patient source traité, le choix du traitement sera fait au cas par cas. Appeler le médecin référent de l'établissement.

Effets secondaires fréquents : troubles digestifs.



Lorsque le résultat de la charge virale VIH du patient source séropositif revient indétectable (contrôle fait après l'exposition), le médecin référent peut interrompre le traitement post-exposition.



### CAS PARTICULIER DE L'ENFANT :

Si le risque est significatif (agression sexuelle avec pénétration, blessure profonde...), une trithérapie comportant 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur de la protéase boosté (IP/r) est indiquée. Le délai de début du traitement doit être le plus bref possible (max 48h).

Le traitement est débuté aux Urgences Pédiatriques.

L'enfant doit être revu dans les 72h par le Dr Constanty, pédiatre à l'Hôpital mère-enfant, ou en son absence par un infectiologue afin de mettre en place la surveillance.

(Il est possible de prescrire un traitement à un mineur sans autorisation parentale.)

POSOLOGIE DES ANTIRÉTROVIRAUX UTILISÉS DANS LES AES CHEZ L'ENFANT

Molécules	Formulations disponibles	Age minimal dans l'AMM	Posologie adaptée en fonction de l'âge, le poids ou la surface corporelle de l'enfant	Remarques Effets secondaires
Zidovudine <b>Retrovir®</b> (INTI)	Sirop 10mg/ml Gel. 100mg ou 250mg Cp 300 mg	3 mois	<b>En sirop :</b> 4-8 kg : 12 mg/kg x2/j 9-29 kg : 9 mg/kg x2/j (maxi 300 mg x2/j) <b>En gélules/cp :</b> 8-13 kg : 1 gel 100 mg x2/j 14-21 kg : 1 gel 100 mg matin + 2 gel 100 mg soir 22-29kg : 2 gel 100mg x2/j > 30kg : 1 gel 250 ou 1 cp 300 mg x2/j	Prise pendant les repas  Troubles digestifs, anémie.
Lamivudine <b>Epivir®</b> (INTI)	Sirop 10mg/ml Cp 150 ou 300mg	3 mois	<b>En sirop :</b> 3 mois-12 ans : 4mg/kg x2/j (maxi 150 mg x2/j) <b>En cp :</b> 14-21 kg : ½ cp 150mg x 2/j 21-30 kg : ½ cp 150 mg matin et 1 cp 150 mg le soir >30 kg : 1 cp 150 mg x2/j	Prise pendant les repas
Zidovudine+ lamivudine <b>Combivir®</b> (INTI)	Cp à 300/150mg	12 ans	14-21 kg : ½ cp x 2/j 21-30 kg : ½ cp matin et 1 cp le soir >30 kg : 1 cp x2/j	
Lopinavir/r <b>Kaletra®</b> (IP/r)	Sirop 80/20mg/ml Cp 100/25mg ou 200/50mg	2 ans	<b>En sirop :</b> 230-300 mg/m <sup>2</sup> x2/j (maxi 400mgx2/j) <b>En cp :</b> 0.5-0.9 m <sup>2</sup> : 2 cp 100/25 mg x 2/j 0.9-1.4 m <sup>2</sup> : 3 cp 100/25 mg x 2/j ≥1.4 m <sup>2</sup> (ou ≥ 40kg) : 4 cp 100/25 mg x 2/j ou 2 cp 200/50 mg x 2/j	Prise pendant les repas Troubles digestifs

## B RISQUE VHB

La sérovaccination consiste à réaliser, dans les 72h une injection IM en 2 sites différents de :

- 1 dose de vaccin anti-VHB,
- 500 UI d'Immunoglobulines spécifiques anti-HBs (30 UI/kg chez l'enfant, jusqu'à 500 UI).

La vaccination seule doit être débutée dans les 72h, jusqu'à J7 au plus tard.

Si le patient n'a jamais été vacciné, la vaccination sera ensuite complétée selon le schéma vaccinal habituel à M1 et M6.

## IV SUIVI BIOLOGIQUE ULTÉRIEUR DE LA VICTIME

**⚠ SI LE PATIENT SOURCE EST SÉRONÉGATIF, PAS DE SURVEILLANCE.**

SINON :

Molécules	Exposition au sang non traitée	Exposition au sang traitée	Exposition sexuelle non traitée	Exposition sexuelle traitée
J0	Sérologie VIH Sérologie VHB : - Ag HBs, - Ac anti-HBc - Ac anti-HBs  Sérologie VHC  ALAT	Sérologie VIH Sérologie VHB : - Ag HBs, - Ac anti-HBc - Ac anti-HBs  Sérologie VHC BHCG si doute  NFS, ALAT, créatinine	Sérologie VIH Sérologie VHB : - Ag HBs, - Ac anti-HBc - Ac anti-HBs  Sérologie VHC ❄ Sérologie syphilis  ALAT	Sérologie VIH Sérologie VHB : - Ag HBs, - Ac anti-HBc - Ac anti-HBs  Sérologie VHC ❄ Sérologie syphilis BHCG si doute NFS, ALAT, créatinine
J15		NFS, ALAT, créatinine		NFS, ALAT, créatinine
M1		NFS, ALAT, créatinine Sérologie VHC si source inconnue PCR VHC si PCR VHC+ chez le sujet source		NFS, ALAT, créatinine PCR Chlamydia urinaire PCR VHC ❄ si PCR VHC+ chez le sujet source

Molécules	Exposition au sang non traitée	Exposition au sang traitée	Exposition sexuelle non traitée	Exposition sexuelle traitée
6 sem	Sérologie VIH Sérologie VHC et ALAT si source inconnue PCR VHC et ALAT, si PCR VHC + chez patient source		Sérologie VIH Sérologie syphilis PCR Chlamydia urinaire PCR VHC ❄️ et ALAT, si PCR VHC + chez patient source	
M2		Sérologie VIH		Sérologie VIH Sérologie syphilis
M3	Sérologie VHB : (si non répondeur ou non vacciné) - Ag HBs, - Ac anti-HBc - Ac anti-HBs Sérologie VHC et ALAT, si source inconnue ou PCR VHC+ chez patient source		Sérologie VHB : (si non répondeur ou non vacciné) - Ag HBs, - Ac anti-HBc - Ac anti-HBs Sérologie VHC ❄️ et ALAT, si PCR VHC + chez patient source	
M4		Sérologie VIH Sérologie VHB : (si non répondeur ou non vacciné) - Ag HBs, - Ac anti-HBc - Ac anti-HBs Sérologie VHC et ALAT, si source inconnue ou PCR VHC+ chez patient source		Sérologie VIH Sérologie VHB : (si non répondeur ou non vacciné) - Ag HBs, - Ac anti-HBc - Ac anti-HBs Sérologie VHC ❄️ et ALAT, si PCR VHC + chez patient source

❄️ Si relation traumatique ou sanglante, ou rapport anal réceptif.

**⚠️ En cas d'apparition de symptômes évocateurs d'une primo-infection par le VIH, il est recommandé de faire pratiquer une sérologie VIH et une charge virale VIH quelle que soit la date.**

**⚠️ Ne pas oublier :**

- ➡ De lui donner un rendez-vous dans le service assurant le suivi,
- ➡ Si AES professionnel, de faire la déclaration d'accident du travail dans les 48 heures.

## RÉFÉRENCES

- ➔ Circulaire interministérielle n° DGS/R12/DHOS/DGT/DSS/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).
- ➔ 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 œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.
- ➔ Circulaire n° 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.
- ➔ Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants.
- ➔ Prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr. Philippe MORLAT : rapport 2013.

---

## SERVICES RÉFÉRENTS

---

- Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU Limoges :
  - ➔ Heures ouvrables : 05-55-05-66-44
  - ➔ Nuits et jours de garde : 05-55-05-66-61
- Unité médicale de maladies infectieuses et tropicales :
  - ➔ CHG Brive : 05-55-92-60-00
- Service de Médecine Interne :
  - ➔ CHG Guéret : 05-55-51-70-00

---

## DOCUMENT RÉDIGÉ PAR

---

Dr Claire Genet-Villéger et Pr Pierre Weinbreck,  
Service des Maladies Infectieuses du CHU de Limoges.

Ce livret est consultable sur le site Internet de l'ARS : [www.ars.limousin.sante.fr](http://www.ars.limousin.sante.fr)

