

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction de la prévention
des risques infectieux

Bureau des infections par le VIH,
IST et hépatites

Circulaire interministérielle DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS n° 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)

NOR : SJSP0830254C

Annexes :

- ANNEXE I. – Organisation du dispositif.
- ANNEXE II. – Prévention des risques d'accidents exposant au sang.
- ANNEXE III. – Pour une prise en charge globale de la personne exposée.
- ANNEXE IV. – Indications au traitement.
- ANNEXE V. – Modalités de prescription de la prophylaxie et choix du traitement.
- ANNEXE VI. – Suivi après accident d'exposition.

Résumé : le traitement antirétroviral après exposition au risque viral, ou traitement post-exposition (TPE) fait l'objet d'une réactualisation. Le dispositif local d'accueil, d'orientation et de prise en charge des personnes concernées doit être adapté afin d'améliorer son accessibilité ainsi que de permettre une meilleure évaluation des risques encourus.

Références :

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé ;
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;
- Arrêté du 1^{er} 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 ;
- Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008 ;
- Prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr Patrick Yeni : rapport 2006*.

Textes abrogés ou modifiés :

- 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 DGS/DHOS/DRT/DSS n° 2003-165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information et diffusion); Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information et coordination], directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle [pour mise en œuvre]); Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en œuvre], directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle [pour information]); Monsieur le directeur de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés; Monsieur le directeur de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole; Monsieur le directeur de la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles; Mesdames et Messieurs les présidents des COREVIH (comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH [pour information et diffusion]).

En 2006, un groupe d'experts sous la direction du Pr Patrick Yeni a actualisé les recommandations sur les modalités de prise en charge des personnes exposées à un risque de contamination par le VIH.

Cette circulaire a pour objet de porter à la connaissance des professionnels de santé, des services de l'État et de l'assurance maladie, des données sur la conduite à tenir devant des personnes qui viennent d'être exposées à un risque de contamination par le VIH. Ces données tiennent compte des modifications organisationnelles et techniques du dispositif de prise en charge, survenues depuis 2003, y compris dans le cadre professionnel. Cette circulaire vise aussi à améliorer la connaissance du dispositif par les personnes à haut risque d'exposition au VIH.

Pour ce faire, il appartient aux services de l'État en lien avec les différents partenaires :

- de vérifier l'adaptation aux besoins du dispositif de prise en charge des accidents d'exposition au VIH;
- d'informer les professionnels de santé sur l'organisation de ce dispositif au niveau du département;
- de contrôler et d'évaluer régulièrement l'efficacité du dispositif.

Le dispositif décrit ci-dessous est un dispositif d'urgence. Ainsi il n'est pas soumis au parcours de soins initié par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et, par conséquent, au passage préalable par le médecin traitant.

I. – LE DISPOSITIF LOCAL D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE

1. Nature du dispositif

Un dispositif local d'accueil et de prise en charge des personnes exposées au risque de transmission du VIH existe dans tous les départements depuis 1998. Il convient d'en vérifier la bonne adéquation et le cas échéant de procéder à son adaptation.

Le dispositif doit permettre :

- l'analyse précoce du risque d'infection encouru;
- l'administration rapide d'un éventuel traitement et son suivi;
- le soutien dans l'observance du traitement par la personne exposée;
- le conseil dans le domaine de la prévention;
- le recueil éventuel de données pour une évaluation.

Il doit permettre, par l'accueil dans un service compétent, de limiter le délai entre l'exposition au VIH et la mise sous traitement antirétroviral, s'il est jugé nécessaire.

Il repose, aux heures ouvrables, sur les structures de consultations externes des hôpitaux qui assurent habituellement la prise en charge des personnes infectées par le VIH dont certaines CDAG hospitalières (consultations de dépistage anonyme et gratuit) et aux heures non ouvrables, sur les services des urgences.

Il faut également prévoir que les urgentistes puissent, dans les décisions difficiles (évaluation du risque ou choix des médicaments si le sujet source est déjà traité), solliciter un avis téléphonique auprès d'un médecin expérimenté dans la prise en charge des patients infectés par le VIH.

Certains éléments indispensables au bon fonctionnement du dispositif sont détaillés dans l'annexe 1.

L'accès par les mineurs au dispositif est facilité par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art. L. 1111-5 du Code de la santé publique).

1.2. *Les autres acteurs impliqués dans le dispositif*

Les médecins des services de santé au travail qui interviennent dans divers secteurs d'activités concernés par l'exposition à un risque de transmission du VIH (établissements de santé, entreprises de nettoyage, déchetteries, ...).

En conséquence, le médecin du travail :

- conseille le chef d'établissement sur l'évaluation du risque d'exposition des salariés à la transmission du VIH et des hépatites ainsi que sur les modalités de leur information ;
- contribue à l'élaboration, par le chef d'établissement, du protocole de prise en charge des cas d'accident exposant au risque de transmission du VIH ;
- lorsqu'il est présent dans l'établissement au moment de l'accident, peut assurer l'information et l'orientation de la personne, voire, dans certains établissements de santé, être intégré au dispositif de prise en charge.

Les comités de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou leurs équivalents doivent être impliqués dans la prise en charge et la prévention des accidents professionnels.

Les UCSA garantissent l'accès au traitement post exposition dans les mêmes conditions qu'en milieu ouvert.

Les médecins des établissements psychiatriques et des urgences médico-judiciaires sont informés de la conduite à tenir en cas d'exposition à un risque de transmission du VIH.

Dans le cadre de leurs missions, les COREVIH (comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH) peuvent participer à l'évaluation locale du dispositif hospitalier en fonction du programme de travail et des priorités régionales.

II. – L'INFORMATION SUR LES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU VIH ET LE TRAITEMENT POST-EXPOSITION (TPE)

2.1. *Qui informer ?*

Les professionnels :

- les professionnels pouvant être exposés au risque de transmission du VIH (personnel hospitalier, agents de nettoyage...) sont informés des précautions à prendre pour prévenir les accidents exposant au sang (cf. annexe 2) ainsi que des modalités de recours possible au TPE en cas d'exposition au VIH ;
- les professionnels de santé (hospitaliers et libéraux) doivent connaître l'organisation du dispositif pour orienter les personnes en cas de besoin ;
- les personnes infectées par le VIH : il est important d'informer systématiquement ces personnes que leurs partenaires, de statut sérologique inconnu ou séronégatif, peuvent bénéficier de ce traitement s'ils sont exposés à un risque de transmission du VIH (rupture de préservatif, rapports non protégés...). Cette information doit être faite rapidement après l'annonce de la séropositivité par les médecins les prenant en charge et doit être renouvelée régulièrement ;
- les partenaires séronégatifs dans les couples sérodifférents (dans la mesure où ils sont informés de la séropositivité de leur partenaire) ;
- les personnes appartenant à un groupe ou à une population à prévalence élevée du VIH : l'information sur le TPE doit leur être délivrée systématiquement par les professionnels de santé à l'occasion des consultations de dépistage du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) dans les CDAG et les CIDDIST (centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST).

2.2. *Quels outils ?*

Pour l'ensemble de ces personnes, l'information sur le TPE doit être véhiculée par les relais professionnels et associatifs qui sont à leur contact, notamment par la diffusion des documents élaborés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES, www.inpes.sante.fr) ou par les associations de patients. L'information doit porter notamment sur les modalités du TPE, son délai de mise en œuvre et l'intérêt de faire venir les deux partenaires dans les suites d'un rapport non protégé pour éviter, grâce à un dépistage rapide du VIH, un traitement inutile.

III. – LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EXPOSÉES À UN RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH

Ces nouvelles recommandations s'adressent à l'ensemble des médecins pouvant être confrontés en urgence à une demande de conseils et de soins après un risque d'exposition accidentelle au VIH.

3.1. *L'accueil est une phase essentielle*

Quel que soit le type d'accident en cause, la composante anxiogène lors du recours au dispositif est fortement présente. Il est donc important de valoriser la démarche de la personne et de pouvoir :

- fournir un accueil adapté de qualité, neutre et non stigmatisant de la personne qui consulte, comportant des informations, claires, précises et compréhensibles sur le dispositif et son déroulement ;
- être attentif à l'état émotionnel et psychique de la personne exposée et, si nécessaire, lui proposer une consultation psychologique ou psychiatrique.

L'annexe 3 récapitule l'ensemble des étapes nécessaires à une prise en charge globale de la personne, intégrant notamment les risques liés aux hépatites et aux autres IST, la possibilité d'une grossesse non désirée ainsi que les procédures à suivre en cas d'accident d'exposition professionnelle.

3.2. *Savoir poser les indications du traitement anti-rétroviral*

L'indication du traitement tient compte du bénéfice lié à la possibilité d'une réduction du risque de transmission du VIH et du risque d'effets indésirables graves liés au traitement. Le traitement post-exposition doit être réservé aux situations à risque identifiable de transmission du VIH (cf. annexe 4).

Concernant les enfants, le faible nombre de médicaments antirétroviraux ayant une autorisation de mise sur le marché pour une forme pédiatrique rend la mise sous TPE complexe. Le choix entre une bi et une trithérapie doit être adapté au type d'exposition selon une gradation du risque de transmission (cf. annexe 4).

3.3. *Quels médicaments et comment les prescrire ?*

Les modalités de prescription et les choix du traitement sont détaillés en annexe 5.

A ce jour, parmi les schémas thérapeutiques proposés, l'association Combivir(R)+inhibiteur de protéase est celle pour laquelle il existe le plus de recul en termes d'utilisation dans le cadre d'un TPE.

Ainsi que l'AFSSAPS l'a recommandé dans un communiqué du 6 juin 2007 et par une lettre aux prescripteurs du 16 juillet 2007, il convient :

- de vérifier que tous les kits de TPE disponibles aux urgences ne contiennent plus de nelfinavir (Viracept(R)) ;
- d'identifier, depuis la commercialisation de ce produit en 1998, l'ensemble des personnes ayant reçu cette molécule notamment dans le cadre d'un accident d'exposition au VIH, et plus particulièrement les femmes enceintes. L'Afssaps a mis en place un guichet électronique à l'attention des professionnels de santé « viracept@afssaps.sante.fr », pour les questions concernant l'identification des patients.

3.4. *Mettre en place un suivi adapté à la situation*

En cas de traitement, le suivi est décrit en annexe 6. Les effets indésirables graves doivent être impérativement déclarés aux centres régionaux de pharmacovigilance selon les procédures habituelles.

Les analyses de biologie médicale mentionnées dans l'annexe 6 sont prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun. Quand ces analyses sont consécutives à un accident du travail, elles sont prises en charge dans les conditions de droit commun sur le risque accident du travail.

L'arrêté du 1^{er} août 2007 (JO n° 185 du 11 août 2007) relatif au suivi virologique des personnes victimes d'accidents du travail entraînant un risque de contamination par le VIH limite ce suivi au 4^e ou au 3^e mois, selon qu'un traitement a été instauré ou non. Cet arrêté abroge celui du 18 janvier 1993, qui avait le même objet. Un arrêté fixant les modalités de suivi sérologique des fonctionnaires civils victimes d'accidents de service entraînant un risque de contamination par le VIH est en cours de publication.

IV. – LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE DE CONTAMINATION PAR LE VHB ET LE VHC

Les recommandations de la circulaire DGS/VS2/DH/DRT/99/680 du 8 décembre 1999 relatives au suivi à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques sont modifiées et figurent dans l'annexe 6.

V. – CAS PARTICULIER : LE RISQUE DE TRANSMISSION DE SOIGNANT AU PATIENT SOIGNE

Cette situation a fait l'objet d'un avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) relatif à la prévention de la transmission du VIH au soigné par les professionnels de santé le 17 juin 2005. Cet avis réaffirme le principe d'un dépistage volontaire. (<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/cs231.htm>).

VI. – LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES ANTIRÉTROVIRAUX

Les médicaments antirétroviraux prescrits après exposition au risque de transmission du VIH sont délivrés par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé dans le cadre de la rétrocession hospitalière. Ces médicaments inscrits sur la liste de rétrocession visée à l'article L. 162-17 (2^e alinéa) du Code de la sécurité sociale sont pris en charge dans ce cadre.

Ainsi, conformément à l'article R. 5126-110 du Code de la santé publique, ils sont pris en charge sur la base de leur prix de cession défini à l'article L. 162-16-5 du Code de la sécurité sociale ; le prix de cession est égal au prix de vente déclaré ou fixé par le comité économique des produits de santé majoré le cas échéant de la TVA et de la marge forfaitaire prévue par arrêté du 18 septembre 2006. Ces médicaments font l'objet d'une prise en charge à 100 % (sans part laissée à la charge de l'assuré).

Ces nouvelles dispositions, redéfinissant le cadre juridique de la rétrocession, ont pris la suite de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

L'accueil et la prise en charge du traitement post exposition reposant à titre principal sur les structures hospitalières, par cohérence, la rétrocession reposant sur les structures hospitalières s'avère le circuit de dispensation le mieux à même de répondre aux besoins de patients, même s'il convient de rappeler que les médicaments antirétroviraux peuvent être parallèlement dispensés en pharmacies de ville.

Lorsque le médicament est délivré par l'établissement de santé, il peut y avoir également mise à disposition, par la pharmacie de l'établissement, de trousses de prophylaxie dans les services identifiés pour la prescription en urgence.

Par dérogation à l'article L. 162-4 du code de la sécurité sociale, les prescripteurs sont autorisés à ne pas mentionner sur l'ordonnance de prescription la mention « NR » signalant la prescription d'un médicament en dehors des indications thérapeutiques retenues pour l'inscription sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux, prévue à l'article R. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale.

En conséquence, il appartient aux services prescripteurs et aux pharmaciens hospitaliers de vérifier l'organisation de procédures locales les plus adaptées à la rapidité de délivrance des traitements.

Il appartient aux services déconcentrés de l'État d'assurer une fonction de veille et d'alerter les services de la direction générale de la santé sur d'éventuels dysfonctionnements (Dr Frédérique Delatour : 01-40-56-54-60).

Vous veillerez à la diffusion immédiate de la présente circulaire auprès de l'ensemble des structures, organismes, et professionnels concernés par la prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du VIH.

Le directeur général de la santé,
D. HOUSSIN

*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
A. PODEUR

Le directeur de la sécurité sociale,
D. LIBAULT

Le directeur général du travail,
J.-D. COMBEXELLE

ANNEXE I

ORGANISATION DU DISPOSITIF (1)

La mise à disposition de tests sérologiques VIH rapides dans les laboratoires des établissements de santé disposant d'une structure d'urgence paraît indissociable d'une stratégie de qualité de la prescription.

La coordination du dispositif par un groupe pluridisciplinaire (médecin référent pour le VIH, urgentiste, pharmacien, assistante sociale, psychologue, médecin du travail) est nécessaire pour fixer des objectifs et adapter l'organisation et les moyens à l'évaluation locale.

La rédaction de procédures, diffusées aux différents personnels, est essentielle. Elles doivent préciser les modalités d'accès au dispositif, les critères ou les éléments d'orientation dans la décision thérapeutique, les modalités d'orientation pour le suivi clinique et biologique. Elles doivent être disponibles dans tous les lieux de travail des personnes exposées (urgences, consultations, centres de dépistage, centres de planification ou d'éducation familiale, services de santé au travail, médecine de ville où l'on pratique des actes pouvant exposer au sang).

Les procédures doivent prévoir la continuité des soins (information du médecin traitant avec accord du patient), l'information du médecin du travail en cas d'accident professionnel, la gestion et la traçabilité des effets indésirables.

Des trousse d'antirétroviraux doivent être disponibles au sein des structures d'urgences afin de garantir un traitement le plus précoce possible.

La personne exposée doit quitter la consultation initiale avec un rendez-vous préétabli dans le service assurant le suivi.

Le rôle des structures d'urgences doit être facilité. Des formations spécifiques sont indispensables afin d'assurer un accueil de qualité et une prise en charge globale optimale qui doit être assurée par un médecin expérimenté. Le degré de priorité doit être défini au préalable, en fonction de l'indication éventuelle d'un traitement, selon le délai entre l'exposition et la consultation. Les conditions de consultation, le respect de la confidentialité, la nécessaire empathie des soignants doivent être rappelés.

Lorsqu'une consultation de dépistage existe dans l'hôpital, son rôle dans la prise en charge initiale des expositions sexuelles et dans le suivi doit être souligné, compte tenu de l'expertise des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) dans les stratégies de prévention et de gestion du risque d'exposition sexuelle.

Les consultations de spécialités accueillant habituellement les patients infectés par le VIH doivent assurer un accueil des personnes exposées au VIH sans nécessité de rendez-vous préalable, pendant les horaires normaux de fonctionnement de la consultation.

Les structures extrahospitalières telles que les CDAG et la médecine de ville doivent être impliquées pour accélérer la prise en charge et simplifier l'accès au dispositif.

(1) D'après le rapport 2006 sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts.

ANNEXE II

PRÉVENTION DES RISQUES D'ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG (1)

Les précautions standard

PRATIQUES	INDICATIONS
Lavage et/ou désinfection (solution hydro-alcooliques) des mains.	Systématiquement entre deux patients, deux activités. Immédiatement en cas de contact avec des liquides potentiellement contaminants.
Port de gants Les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités.	Si risque de contact avec du sang, ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqure et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériels souillés... Systématiquement lors des soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions.
Port de lunettes, masques ± surblouses.	Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang, ou de tout autre produit d'origine humaine (intubation, aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie...).
Matériel souillé.	Matériel piquant/tranchant à usage unique : ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié. Matériel réutilisable : manipuler avec précautions ce matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine.
Surfaces souillées.	Nettoyer puis désinfecter avec de l'eau de Javel à 9° diluée extemporanément au 1/5 avec de l'eau froide (ou tout autre désinfectant approprié) les surfaces souillées par des projections de sang, ou tout autre produit d'origine humaine.
Transport du linge et des matériels souillés.	Le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être évacués du service dans un emballage fermé étanche.
Au laboratoire.	Les précautions déjà citées doivent être prises systématiquement pour tous les prélèvements (l'identification de prélèvements « à risque » est une mesure qui peut être dangereuse, car apportant une fausse sécurité) ; ceux-ci doivent être transportés dans des tubes ou flacons hermétiques, sous emballage étanche. Ne jamais pipeter « à la bouche », port de gants.
Au bloc opératoire.	Changer régulièrement de gants, porter deux paires de gants, notamment pour l'opérateur principal, lors de la suture des plans pariétaux. Porter des masques à visières ou des lunettes de protection. Utiliser des techniques opératoires limitant les risques (coordination, protection de la main controlatérale, aiguilles à bout mousse quand c'est possible...

(1) D'après le rapport 2006 sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts.

ANNEXE III

POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA PERSONNE EXPOSÉE (1)

Rechercher activement le statut sérologique VIH de la personne source si elle est présente, à l'aide des tests rapides de dépistage du VIH.

Documenter la sérologie VHC de la personne source en même temps que celle du VIH, ainsi que la sérologie VHB complète si elle n'est pas vaccinée.

Si le patient source est porteur du VIH et avec son accord, contacter si possible son médecin traitant ou correspondant pour adapter le traitement post-exposition (TPE) de la personne exposée si nécessaire.

Informar la personne sur les médicaments délivrés (modalités de prises, durée, effets indésirables...) et s'assurer de sa bonne compréhension.

Vérifier le statut vaccinal VHB et sérologique de la personne exposée.

Pour la personne non protégée vis-à-vis du VHB, proposer une séroprophylaxie et une vaccination contre l'hépatite B en cas de multipartenaires ou de partenaire infecté par le VHB :

- évaluer le risque de survenue d'une autre IST en cas d'exposition sexuelle ;
- demander la date des dernières règles si la femme exposée est en âge de procréer ;
- prescrire une contraception d'urgence (hormonale par lévonorgestrel ou DIU stérilet au cuivre) en cas d'exposition sexuelle en l'absence de contraception ;
- recommander une protection (rapports protégés) et exclure les dons du sang durant les 3 mois qui suivent l'exposition ou 4 mois si prescription d'un TPE ;
- donner précisément, dès la première consultation, les rendez-vous de suivi en s'adaptant au mode de vie de la personne ;
- au cours de la prise en charge, faire le point avec la personne exposée sur ses pratiques à risque afin d'améliorer ses stratégies de prévention ;
- proposer une consultation spécialisée (psychologue, sexologue...) dans certains cas d'expositions répétées et de conduite à risque pathologique. Pour des personnes à risque élevé, des entretiens répétés et plus ciblés sur les comportements sexuels à risque ont un impact sur le taux ultérieur de contaminations ;
- informer sur les relais extrahospitaliers disponibles pouvant soutenir et accompagner la personne exposée (associations de malades et d'usagers, Sida Info Service, etc.) et sur les lieux de dispensations des outils de prévention (préservatifs féminin, masculin, gel lubrifiant, stéribox, kit sniff ; brochures d'information...) ;
- faire la déclaration d'accident du travail, en cas d'AES professionnel (accident exposant au sang), dans les 24 heures ;
- dans le cas d'une exposition professionnelle, orienter vers le médecin du travail pour le suivi (personnel de ménage, sociétés de surveillance, personnels hospitaliers...) ;
- colliger les informations sur la personne exposée, l'accident et la personne source sur un questionnaire type InVS, dont un exemplaire sera adressé au médecin responsable du suivi si la consultation initiale est assurée par les urgences, et éventuellement un autre au COREVIH si celui-ci a inscrit cette thématique à son programme de travail ;
- déclarer aux autorités compétentes les contaminations survenues dans le suivi d'une exposition prise en charge.

(1) D'après le rapport 2006 sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts.

ANNEXE IV

INDICATIONS AU TRAITEMENT (1)

Lorsqu'une prophylaxie est indiquée, la prescription d'une trithérapie antirétrovirale est souhaitable. L'efficacité de ce traitement n'est pas totale. Il faut avertir la personne exposée que la prophylaxie anti-rétrovirale, même administrée dans les suites immédiates d'une exposition, est susceptible de réduire le risque de séroconversion sans toutefois totalement le supprimer. La prescription d'antirétroviraux dans le cadre du traitement post-exposition (TPE) doit être limitée aux situations où le risque est identifié.

1. Information de la personne exposée

Les risques infectieux, les modalités de la prophylaxie post-exposition au VIH, les incertitudes sur son efficacité, les effets indésirables possibles, seront clairement détaillés à l'aide de fiches d'information qui seront remises à la personne exposée.

Il convient d'expliquer et de prescrire une contraception mécanique (préservatifs masculins, féminins) pendant 3 mois (ou 4 mois si traitement) et d'indiquer aux personnes, si possible sur un document écrit, qu'elles doivent s'exclure du don du sang pendant la même durée.

2. Evaluation du risque de transmission

Pour les personnels de santé

Il convient de déterminer l'heure et la date de la blessure, la profondeur de celle-ci et le type de matériel en cause. Le risque est élevé en cas d'aiguille de prélèvement veineux ou artériel contenant du sang. Le risque est moindre si l'accident implique une aiguille préalablement utilisée pour une injection sous-cutanée ou intramusculaire, ou une aiguille pleine (aiguille à suture...), ou une piqûre au travers de gants. Le risque est encore plus faible en cas de projection cutanéomuqueuse.

En cas d'exposition sexuelle

Il convient de déterminer l'heure, la date et la nature du rapport à risque. On recherche des facteurs augmentant le risque de contamination : infection génitale, lésion génitale, ulcérations, rapport sexuel pendant les règles, saignement au cours des rapports, nombre de rapports, partenaire appartenant à un groupe à risque.

En ce qui concerne le partage de matériel d'injection

Il convient de déterminer l'heure et la date du partage, le type de matériel en cause et l'ordre dans lequel les différents usagers se sont injectés le produit.

3. Statut sérologique du patient source, du partenaire ou de l'agresseur en cas de rapport sexuel, des autres usagers en cas de partage de matériel d'injection

Il est essentiel d'essayer d'obtenir des informations concernant le statut sérologique VIH du sujet source et, en cas de positivité, le stade clinique, les traitements antérieurs et en cours, le taux de lymphocytes CD 4 et la charge virale VIH.

Si le statut sérologique n'est pas connu, il faut demander en urgence une sérologie VIH à la personne source avec son accord (sauf dans les cas où le consentement ne peut être exprimé). Si le statut sérologique de la personne source reste inconnu ou si celle-ci n'est pas identifiée (AES avec une aiguille ou une seringue « perdue », patient source absent, refus du test diagnostique...), il incombe au médecin référent pour le VIH de déterminer, au cas par cas, si la personne exposée doit ou non bénéficier d'un TPE.

4. Décision de mise en route d'un TPE

L'indication du traitement est posée en prenant en compte le bénéfice lié à la possibilité d'une réduction du risque de transmission du VIH, et le risque d'effets indésirables graves liés au traitement. Le traitement post-exposition doit être réservé aux situations à risque identifiable de transmission du VIH.

INDICATIONS DE LA PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION VIS-À-VIS DU VIH

ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG (AES)		
Risque et nature de l'exposition	Patient source	
	Infecté par le VIH	De sérologie inconnue
Important : - piqûre profonde, aiguilles creuse, dispositif intravasculaire (artériel ou veineux).	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque

(1) D'après le rapport 2006 sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts.

ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG (AES)		
Risque et nature de l'exposition	Patient source	
	Infecté par le VIH	De sérologie inconnue
Intermédiaire : - coupure avec bistouri ; - piqûre avec aiguille IM ou SC ; - piqûre avec aiguille pleine ; - exposition cutané-muqueuse avec temps de contact supérieur à 15 minutes.	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
Minime : - autres cas ; - morsures ou griffures.	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

EXPOSITIONS CHEZ LES USAGERS DE DROGUES		
Risque et nature de l'exposition	Patient source	
	Infecté par le VIH	De sérologie inconnue
Important : - partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation.	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
Intermédiaire : - Intermédiaire : - partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage.	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée

Notion de personne source à risque :

- usager de drogue par voie intraveineuse ;
- homme homosexuel et/ou bisexuel ;
- personne ayant des rapports sexuels non protégés ou rupture de préservatifs avec des personnes au statut sérologique inconnu ET appartenant à un groupe dans lequel la prévalence de l'infection est supérieure à 1 %.

Notion de situation à risque :

- prise de substances psycho-actives ;
- partenaires sexuels multiples.

Dans les autres cas d'exposition, les experts considèrent que le rapport bénéfice/risque d'un TPE est insuffisant.

5. Cas particulier de l'enfant

En cas de blessure accidentelle avec une seringue trouvée dans les lieux publics le risque ne peut être considéré comme totalement nul bien qu'aucun cas de contamination n'ait été rapporté. La prescription des antirétroviraux ne peut être calquée sur celle de l'adulte. Certains médicaments (le ténofovir notamment) n'ont pas encore d'AMM pédiatrique. Enfin, les difficultés à faire prendre une trithérapie avec inhibiteur de protéase sous sa forme actuelle pendant quatre semaines sont réelles et contrastent avec le risque potentiel extrêmement faible. Dans ce contexte, une gradation du risque est proposée :

- prescription d'une trithérapie complète durant quatre semaines en présence d'un risque considéré comme élevé : piqûre profonde avec aiguille creuse, ou surtout aspect récent de la seringue retrouvée avec des traces de sang ;
- dans les autres cas, prescription d'une bithérapie ;
- l'abstention thérapeutique peut être proposée en l'absence d'effraction cutanée, en cas d'érosion épidermique simple sans saignement, d'effraction sous-cutanée avec aiguille pleine ou lame de rasoir. Le suivi du traitement et la procédure diagnostique sont identiques à celle proposée aux adultes.

Après une agression sexuelle : le risque d'infection d'un enfant est parfaitement identifié. Une trithérapie durant quatre semaines doit être proposée. Ce n'est qu'en cas de réelle impossibilité de prise de cette trithérapie qu'une bithérapie sera proposée. Les doses des médicaments doivent être adaptées. Un kit d'antirétroviraux doit être disponible dans les structures d'urgences pédiatriques. Les autres mesures de prise en charge d'un enfant victime d'abus sexuels doivent être rappelées : dépistage des IST, contraception éventuelle, suivi psychologique, suivi médico-judiciaire.

ANNEXE V

MODALITÉS DE PRESCRIPTION DE LA PROPHYLAXIE ET CHOIX DU TRAITEMENT (1)

Lorsque la mise en route d'une prophylaxie antirétrovirale est décidée par le médecin référent pour le VIH de l'établissement ou, en son absence, par le médecin urgentiste, elle doit être débutée le plus rapidement possible, au mieux dans les 4 heures qui suivent l'exposition, au plus tard jusqu'à 48 heures. Ainsi, la prophylaxie doit être accessible dans chaque structure d'urgence, avec idéalement cinq antirétroviraux disponibles en quantité suffisante pour 72 heures (dont 3 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse ou INTI et 2 inhibiteurs de protéase ou IP). Il est conseillé de prévoir des trousse d'urgence si la dispensation des antirétroviraux n'est pas réalisée 24 heures sur 24 sur le site de prise en charge. La tolérance des médicaments peut être très différente chez les sujets sains de celle des patients infectés par le VIH et occasionner des effets indésirables inattendus dans leur fréquence et dans leur nature.

Le TPE doit préférentiellement consister en une trithérapie (généralement 2 INTI et un IP) ; une bithérapie par 2 INTI ne sera prescrite que s'il existe un risque important de mauvaise observance d'une trithérapie souvent plus difficile à supporter.

Les INTI recommandés sont les suivants : zidovudine, lamivudine, emtricitabine, stavudine et ténofovir. Particulièrement intéressante en raison de sa simplicité (2 comprimés par jour) ; l'association ténofovir + emtricitabine (TRUVADA®) peut maintenant être proposée (un comprimé par jour).

Parmi les IP boostés (fosamprénavir, lopinavir et saquinavir) le lopinavir/ritonavir (KALETRA®), 2 comprimés matin et soir) présente plusieurs avantages, dont la bonne expérience et la simplicité des prises. Le nelfinavir (Viracept®) ne doit plus être prescrit.

Du fait du risque de survenue d'effets indésirables graves, il est recommandé de ne pas utiliser les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI, soit la névirapine et l'éfavirenz), l'abacavir, l'indinavir ou l'association didanosine + stavudine.

Peu de données sont disponibles sur la sécurité d'emploi des TPE ; il est possible qu'elle soit différente chez les sujets non infectés par rapport aux patients infectés. La tolérance de quatre associations d'antirétroviraux a été analysée dans ce cadre Combivir® + Viracept®, Combivir® + Kaletra®, Combivir® + Viread®, Epivir® + Viread® + Reyataz® potentialisé par Norvir®. La fréquence d'effets indésirables et celle d'arrêts de traitement pour intolérance étaient significativement plus élevées chez les patients recevant le nelfinavir que chez ceux recevant les autres médicaments, équivalents en termes de tolérance. La mauvaise tolérance hématologique du Combivir® doit par ailleurs être soulignée. L'utilisation des associations Truvada® + IP/r ou Combivir® + IP/r peut donc être recommandée en première intention. Celles-ci devraient être incluses dans les trousse prévues à cet effet.

En cas de patient source connu et infecté par le VIH, le choix du traitement antirétroviral se fera au cas par cas. Un recours au médecin référent pour le VIH s'impose alors d'emblée : le TPE de la personne exposée sera, dans la mesure du possible, adapté à l'historique des traitements antirétroviraux reçus par le patient source. On s'aidra si nécessaire des tests génotypiques de résistance antérieurs, si le patient source est porteur d'un virus muté, ou ce test sera éventuellement demandé en urgence s'il n'est pas disponible dans le dossier ; ceci pourra permettre de corriger la prescription initiale après quelques jours. Dans un couple sérodifférent, on peut éventuellement utiliser le traitement habituel du patient source si celui-ci n'est pas en échec virologique. Cette alternative doit être envisagée en amont de l'accident lors d'un entretien entre le patient source potentiel, son médecin et son partenaire séronégatif. Une telle automédication doit être limitée aux quelques prises initiales, avant la consultation auprès d'un médecin référent pour le VIH.

D'autres situations sont importantes à prendre en compte dans la prise en charge thérapeutique et nécessitent un avis spécialisé : grossesse, prise de traitements connus pour interagir avec les antirétroviraux (contraceptifs oraux, antimigraineux, antiépileptiques, antivitamines K, benzodiazépines, traitement de substitution...).

Les conditions et le mode de vie de la personne exposée doivent être pris en compte pour adapter le choix du TPE (médicaments utilisés et nombre de prises, modalités de conservation, effets indésirables potentiels).

Le TPE est initialement prescrit pour une durée de 48 à 96 heures, à l'issue desquelles le patient est revu par un médecin référent pour le VIH. Ce dernier pourra être amené à modifier le schéma thérapeutique (passage à une bithérapie), voire à l'interrompre selon le contexte : résultat négatif de la sérologie VIH du patient source, réévaluation du risque, mauvaise tolérance. S'il décide la poursuite du traitement, le médecin référent pour le VIH reconduira la prescription pour une durée totale

(1) D'après le rapport 2006 sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts.

de 28 jours. Une prescription fractionnée (8-14 jours) permet de vérifier la tolérance du traitement, et de renouveler les conseils préventifs en sachant que le déconditionnement des boîtes n'est pas toujours possible.

Si la première prise de traitement est faite au milieu de la nuit, elle sera suivie d'une prise le matin (la prise de nuit, même si elle est rapprochée de la suivante, jouera le rôle de dose de charge).

ANNEXE VI

SUIVI APRÈS ACCIDENT D'EXPOSITION (1)

En cas de traitement, un examen clinique et un bilan biologique de tolérance du traitement sont réalisés avant la prescription initiale, puis répétés 2 et 4 semaines après. On recherchera tout particulièrement les signes cliniques d'une primo-infection VIH.

La nécessité d'un suivi médical et sérologique doit être discutée en fonction du statut non seulement VIH mais aussi VHC, voire VHB, de la personne source. La surveillance devra respecter la confidentialité tant pour la personne exposée que pour la personne source. Elle devrait être réalisée par le médecin du travail pour les accidents professionnels dans la fonction publique hospitalière et en consultation de médecine pour les expositions non professionnelles ou pour les accidents professionnels en secteur privé.

Dans le contexte d'un accident du travail

Pour le VIH :

Si le patient source est séronégatif pour le VIH, il est inutile d'effectuer une surveillance, sauf en cas de risque de primo-infection chez la personne source.

Si le patient source est séropositif ou de statut inconnu, une surveillance sérologique jusqu'au 4^e mois est exigée en cas de traitement post-exposition conformément à la législation pour l'indemnisation d'une éventuelle séroconversion.

En ce qui concerne le VHC, le suivi sera effectué si le patient source est infecté par le VHC (diagnostic par recherche de l'ARN du VHC en cas d'anticorps anti-VHC positifs chez le patient source) ou que son statut sérologique VHC est inconnu. Le traitement post-exposition du VHC n'est pas indiqué. L'important est de dépister rapidement une éventuelle séroconversion qui serait une indication à un traitement anti-VHC.

En ce qui concerne le VHB, il n'y a, en général, aucun suivi nécessaire pour les personnels de santé, quel que soit le statut du malade source, car la plupart sont vaccinés et répondeurs à la vaccination (anticorps anti-HBs ≥ 10 mUI/ml). Une sérovaccination par immunoglobulines anti-HBs et une injection d'une dose de vaccin doivent, en revanche, être proposées dans les 72 heures aux personnes non-vaccinées et aux vaccinés non-répondeurs. La vaccination devra ensuite être complétée selon le schéma vaccinal recommandé.

Dans le contexte d'une exposition sexuelle

Le suivi VIH est poursuivi 4 ou 3 mois selon qu'il y a eu traitement ou non. Il n'est pas recommandé de faire un suivi VHC sauf en cas de contact traumatique et/ou sanglant. Cependant, des contaminations virales C par voie sexuelle ont été récemment rapportées, suggérant d'évaluer ce risque, en particulier dans le cadre des hommes ayant des relations avec des hommes. Le risque VHB étant beaucoup plus important, il faut proposer largement la vaccination dont la première administration peut être associée à une injection d'immunoglobulines (dans un autre site) en cas de contact VHB documenté.

De même, il faut insister sur la prise en charge globale du patient, sur le « counseling », la prise en charge psychologique et sociale, et celle des autres infections sexuellement transmissibles. Il a été montré que, pour des personnes à risque élevé, des entretiens répétés et plus ciblés sur les comportements sexuels à risque avaient un impact sur le taux ultérieur de contamination.

**Tableau du suivi biologique de la personne exposée
aux virus VIH, VHC, VHB**

	AES TRAITÉ	AES NON TRAITÉS	EXPOSITION SEXUELLE traitee	EXPOSITION SEXUELLE non traitee
JO	NFS. ALAT. Créatinine et/ou amylase selon prescription. Test sanguin de grossesse. Sérologie VIH. Sérologie VHC. Ac anti-HBs si vacciné sans taux connu, ou dépistage par AgHBs et Ac anti-HBc non vacciné.	Sérologie VIH. ALAT + sérologie VHC. Ac anti-HBs si vacciné sans taux connu ou dépistage par AgHBs et Ac anti-HBc si non vacciné.	NFS. ALAT. Créatinine et/ou amylase selon prescription. Teste sanguin de grossesse. Sérologie VIH. Ac anti-HBs si vacciné sans taux connu ou dépistage par AgHBs et Ac anti-HBc si non vacciné. TPHA-VDRL.	Sérologie VIH. Ac anti-HBs si vacciné sans taux connu ou dépistage par AgHBs et anti-HBc. TPHA VDRL.

(1) D'après le rapport 2006 sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts.

	AES TRAITÉ	AES NON TRAITÉS	EXPOSITION SEXUELLE traitée	EXPOSITION SEXUELLE non traitée
J15	NFS. ALAT. Créatinine et/ou amylase selon prescription. PCR VHC si PCR + chez sujet source.	PCR VHC si PCR chez source + ALAT.	NFS. ALAT. Créatinine et/ou amylase selon prescription.	Pas de bilan biologique.
J30	NFS. ALAT. Sérologie VHC si risque VHC.	Sérologie VIH. Sérologie VHC et ALAT si risque VHC.	NFS. ALAT. TPHA-VDRL selon risque.	Sérologie VIH. TPHA-VDRL selon risque.
M2	Sérologie VIH.	Pas de bilan biologique.	Sérologie VIH.	Pas de bilan biologique.
M3	Pas de bilan biologique.	Sérologie VIH. Sérologie VHC et ALAT si risque VHC.	Pas de bilan biologique.	Sérologie VIH.
M4	Sérologie VIH. Sérologie VHC et ALAT si risque VHC.	Pas de bilan biologique.	Sérologie VIH.	
M6	Sérologie VHC et ALAT si risque VHC. Ac anti-HBc si non répondeur ou non vacciné.	Sérologie VHC et ALAT si risque VHC sérologie VHC et ALAT. Ac anti-HBc si non répondeur ou non vacciné.	ALAT et Ac anti-HBc si répondeur ou non vacciné.	ALAT et Ac anti-HBc si non répondeur ou non vacciné.

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.

Les analyses de biologie médicale mentionnées dans le tableau ci-dessus sont prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun. Quand ces analyses sont consécutives à un accident du travail, elles sont prises à charge dans les conditions de droit commun sur le risque accident du travail.