

## Accidents d'exposition sexuelle ou au sang (AES)

Un accident d'exposition au sang est défini par un contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang (exemples : ascite hémorragique, pleurésie hémorragique, liquide amniotique teinté de sang...) potentiellement contaminé, lors d'une piqûre avec une aiguille, d'une coupure avec un objet tranchant ou d'une projection sur une plaie, une peau non intacte ou une muqueuse. Ces AES concernent essentiellement les professionnels de santé. Les usagers de drogue sont aussi exposés aux accidents d'exposition au sang par le partage de matériel d'injection. Les risques infectieux en rapport avec la transfusion sanguine sont exposés au chapitre « [Infections transmises par la transfusion de sang ou de ses dérivés](#) ».

On parle d'accident d'exposition au risque de transmission virale (AEV) dans l'ensemble des situations exposant plus spécifiquement, mais non exclusivement, au risque de transmission des virus [VIH](#), [VHB](#) et [VHC](#).

Les risques d'AEV autres que par le sang concernent essentiellement les relations sexuelles non protégées ; seuls les AEV sexuels par le VIH sont détaillés dans ce chapitre du fait de leur fréquence, de leur potentielle gravité et, comme pour les accidents d'exposition au sang, de la disponibilité en préventions post exposition dans la plupart des pays à ressources limitées (voir paragraphe 2).

Si les virus induisant un portage chronique en cas d'infection, tels le VIH, le VHC et le VHB, dominent le risque d'AEV et justifient des mesures de prévention et de prophylaxie post-exposition, d'autres agents infectieux peuvent être transmis et sont listés dans le tableau 1 (voir les chapitres correspondants à ces agents).

Les accidents d'exposition aux virus Ebola et Lassa sont traités au chapitre « [Infections par les Filovirus, les Arenavirus et les Hantavirus](#) ».

**Tableau 1. Pathogènes responsables d'infections post AES documentés**

Virus	Bactéries	Parasites
<b>Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)</b> <b>Virus des hépatites virales :</b> A, B, C, D, G <b>Virus des fièvres hémorragiques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Virus de la fièvre jaune</li> <li>• Virus de la dengue</li> <li>• Virus Ebola</li> <li>• Virus de la fièvre de Lassa</li> <li>• Virus Marburg</li> <li>• Virus Junin (FH* d'Argentine)</li> <li>• Virus Machupo (FH de Bolivie)</li> <li>• Virus Sabia (FH Brésilienne)</li> <li>• Virus de la fièvre Crimée Congo</li> <li>• Virus Guanarito (FH vénézuélienne)</li> </ul> <b>Herpès virus :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herpès simplex type 1</li> <li>• Virus varicelle - zona</li> </ul> <b>Autres :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Virus de la fièvre de la vallée du Rift</li> <li>• Virus Kyasanur</li> <li>• Chikungunya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Streptococcus A β hémolytique</i></li> <li>• <i>Staphylococcus aureus</i></li> <li>• <i>Brucella</i> spp</li> <li>• <i>Corynebacterium diptheriae</i></li> <li>• <i>Leptospira icterohaemorrhagiae</i></li> <li>• <i>Mycobacterium leprae</i></li> <li>• <i>Mycobacterium tuberculosis</i></li> <li>• <i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> <li>• <i>Pasteurella multocida</i></li> <li>• <i>Salmonella typhi</i></li> <li>• <i>Rickettsia rickettsii</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Plasmodium (falciparum, vivax, malariae)</i></li> <li>• <i>Toxoplasma gondii</i></li> <li>• <i>Trypanosoma</i> spp</li> <li>• <i>Leishmania</i> spp</li> </ul>
* FH : fièvre hémorragique		

## Accidents d'exposition sexuelle ou au sang (AES)

Par ailleurs, certains liquides biologiques non sanglants peuvent aussi contenir des agents infectieux et donc générer un risque de transmission en cas d'exposition (tableau 2).

**Tableau 2. Risques de contamination virale selon les liquides biologiques après accident d'exposition professionnelle**

Liquides biologiques	Risque selon les virus		
	Prouvé	Possible	Absent
<b>Sang</b>	VHB, VHC, VIH		
<b>Liquides biologiques contenant du sang</b>	VHB, VHC, VIH		
<b>Liquides biologiques s'ils ne contiennent pas de sang :</b>			
<b>Liquide céphalo-rachidien</b>	VIH		VHB, VHC
<b>Sperme</b>		VHB, VHC, VIH	
<b>Sécrétions vaginales</b>		VHB, VIH	VHC,
<b>Liquide d'ascite</b>		VHB, VHC, VIH	
<b>Salive</b>		VHB	VIH, VHC
<b>Liquide amniotique</b>		VIH	VHB, VHC
<b>Urines</b>			VHB, VHC, VIH
<b>Selles</b>			VHB, VHC, VIH
<b>Larmes</b>		VHB	VHC, VIH

Ce qui n'est pas un AES :

- piqûre ou coupure avec un matériel neuf ou stérilisé non encore utilisé (une piqûre ou coupure avec un matériel souillé qui est entré dans un processus de décontamination nécessite une évaluation spécifique pour déterminer s'il existe encore un risque de transmission virale) ;
- contact cutané-muqueux avec un liquide biologique non contaminant (ex. urines) ;
- contact des gants avec du sang ;
- projections de salive sur la peau ou au visage ;
- contact cutané-muqueux suivi d'une désinfection dans les 15 minutes ;
- présence de sang sur une paillasse, un matériel de soins (bien que cela constitue un risque d'AES).

## 1. AES - risques encourus par les professionnels de santé

Ils sont fréquents en milieu de soins, dominés par le risque de transmission du VIH.

### 1.1. Taux de transmission

Pour le VIH après AES, il est estimé à 0,3 % en moyenne après piqûre avec une aiguille creuse contenant du sang non coagulé d'un patient infecté par le VIH et est 10 fois plus faible en cas de contact cutané-muqueux ou de projection muqueuse. Pour les virus des hépatites B et C, les taux de transmission lors d'un AES sont plus élevés (tableau 3).

Tableau 3. Risque de transmission du VIH, VHC et VHB

Virus	Evolution chronique	Risque après APC*	Risque après CCM*	Charge virale plasmatique	Vaccin	Prophylaxie post exposition
<b>VIH</b>	100 %	<b>0,3 %</b>	<b>0,03-0,1 %</b>	10 - 10 <sup>4</sup>	Non	Oui
<b>VHC</b>	60-80 %	<b>1-3 %</b>	<b>?</b>	10 <sup>4</sup> - 10 <sup>6</sup>	Non	Non
<b>VHB</b>	10 %	<b>5-30 %</b>	<b>?</b>	10 <sup>6</sup> - 10 <sup>9</sup>	Oui	Oui

\* APC = accident percutané ; CCM = contact cutané-muqueux

Les facteurs qui augmentent le risque de transmission sont en lien avec :

- Les modalités de l'accident :
  - blessure profonde (un saignement spontané et une douleur signifient que le derme a été franchi) ;
  - dispositif ayant pénétré dans un vaisseau ;
  - aiguille creuse contenant du sang ;
  - diamètre élevé de l'aiguille ;
  - délai court entre le geste et l'AES ;
  - temps de contact supérieur à 15 minutes si projection.
- les caractéristiques du patient source :
  - charge virale élevée.
- la conduite adoptée par le soignant :
  - absence de port de gants ;
  - absence ou retard d'antisepsie post-exposition.

## 1.2. Epidémiologie des AES

Les études épidémiologiques européennes et américaines rendent compte des éléments suivants : l'analyse des bases de données des AES déclarés fait apparaître les infirmières et/ou les personnels responsables du prélèvement comme étant la catégorie professionnelle victime du plus grand nombre d'accidents (incidence des AES : 0,07-0,08/infirmière/an) et victimes des AES à risque de transmission le plus élevé (piqûre avec une aiguille creuse contenant du sang). Toutefois, les AES sont en fait plus fréquents chez les chirurgiens mais ces accidents sont à risque plus faible de transmission et ils sont beaucoup moins souvent déclarés (tableau 4).

Il est à noter que l'incidence des AES chez les infirmières a été divisée par 4 en 10 ans grâce, en particulier, à l'introduction de matériels de sécurité.

Tableau 4. Exemples d'incidence des AES dans plusieurs catégories professionnelles

Catégories professionnelles	Incidence estimée APC* / personne / an
<b>Infirmier (e)</b> France, Etats-Unis, Italie	0,07-0,8
<b>Préleveur</b> Etats-Unis	0,4
<b>Médecin</b> Etats-Unis, Danemark	0,1-1,8
<b>Dentiste</b> Etats-Unis	3-4
<b>Chirurgien</b> France, Etats-Unis	3-6

\* APC= accident percutané

## Accidents d'exposition sexuelle ou au sang (AES)

L'OMS (2003) a réalisé une estimation du nombre de contaminations professionnelles. L'incidence des infections attribuables aux blessures percutanées a été modélisée sur la base de la probabilité de blessure, de la prévalence de l'infection, de la réceptivité du personnel soignant et du potentiel de transmission par voie percutanée. Le nombre de soignants en Afrique a été estimé à 1 622 000 (0,21-0,30 % de la population totale). L'incidence retrouvée des AES à la suite d'une exposition percutanée était de 2,10/an/soignant. Le nombre de soignants exposés chaque année au VHC, VHB et VIH a été estimé à 99 000, 354 000 et 127 000 respectivement. Il a été estimé que les expositions professionnelles percutanées sont la source majeure d'infection par le VHC et le VHB parmi le personnel soignant, représentant environ 45 % des infections à VHC ou VHB parmi cette population, soit 1 580 (intervalle de confiance = 200 à 5 400) infections pour le VHC et 9 800 (1 300-18 800) infections pour le VHB chaque année. Le nombre total d'infections par le VIH survenues à la suite d'une exposition percutanée était estimé à 720 en Afrique (entre 20 et 3 000) [le modèle utilisé a évalué que 5 % des infections par le VIH parmi les soignants pouvaient être attribuables à une contamination professionnelle]. Ces infections professionnelles par le VIH sont probablement ignorées par le personnel soignant qui, comme d'autres adultes dans la population générale, est exposée à une transmission sexuelle. Enfin, l'OMS estime par ailleurs que 500 décès annuels sont liés à une contamination professionnelle, dont la moitié en Afrique sub-saharienne.

### 1.3. Prévention (tableau 5 et chapitre « Infections associées aux soins »)

Il est globalement à noter une insuffisance des mesures mises en place pour réduire le risque de la transmission de VIH avec de mauvaises conditions d'hygiène et de sécurité des soignants dans les pays à ressources limitées.

**Tableau 5. Axes d'interventions possibles**

Constat	Facteurs locaux	Actions possibles
Fréquence élevée, mais mal connue car les AES ne sont pas toujours déclarés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fréquence des injections</li> <li>- mauvaises conditions de travail</li> <li>- manque ou insuffisance de matériel de sécurité (gants, masques, conteneurs, etc.)</li> <li>- haute fréquence du recapuchonnage</li> <li>- absence de conteneurs pour les aiguilles souillées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- améliorer les conditions du travail</li> <li>- mettre en place une surveillance des AES</li> <li>- appliquer des précautions standard</li> <li>- mettre à disposition de matériels sécurisés</li> <li>- organiser une filière de déchets hospitaliers</li> <li>- mettre en oeuvre des procédures et des protocoles de soins</li> </ul>
Faible niveau de couverture vaccinale des soignants contre l'hépatite B	Haute prévalence du VHB chez les patients africains	Stimuler la vaccination contre le VHB Connaître le statut sérologique des professionnels
Gravité élevée des AES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- existence de nombreux pathogènes sanguicoles avec prévalence élevée dans la population générale (VIH, VHB, VHC, <i>Plasmodium falciparum</i>, etc.)</li> <li>- patients vus à un stade avancé (stade SIDA, hépatites virales chroniques)</li> <li>- peu de patients traités par antirétroviraux</li> </ul>	Mise en place d'une politique de prévention des AES dans l'établissement avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>- recommandations locales de circuit de prise en charge des AES</li> <li>- information des soignants sur la prévention, la conduite à tenir, la chimio-prophylaxie en cas d'AES</li> <li>- délai d'intervention rapide et antiseptie post-AES</li> <li>- prophylaxie post exposition</li> </ul>

### 1.4. Organisation du circuit de prise en charge des victimes

Le dispositif de prise en charge des AES doit être situé dans un service prenant habituellement en charge des patients VIH (ex : Service des Maladies Infectieuses, Médecine Interne, Hôpital de Jour), ou au service des urgences.

Dans tous les cas, il est fondamental de s'efforcer d'obtenir la sérologie du patient source, d'où l'intérêt de disposer dans les structures d'accueil de kits de tests rapides de dépistage du VIH des patients sources (si le résultat de la sérologie n'est pas connu) et des victimes d'AES, la confirmation pouvant se faire ultérieurement dans un laboratoire de référence.

Il est nécessaire de définir dans chaque établissement une organisation qui permette :

- un accueil 24h/24, 7 jours sur 7 ;
- un recours à des soignants référents identifiés et formés, joignables ;
- une réévaluation du traitement prophylactique (indication, composition, tolérance) dans les deux à trois jours suivant son instauration.

Ainsi, la filière doit assurer la planification de la procédure en aval de la consultation initiale puis de la consultation de réévaluation (la victime saura d'emblée ce qu'elle doit faire, où et quand). Il convient donc que des procédures aient été rédigées, que leur diffusion ait été assurée afin qu'elles soient connues de tous (affiche dans les postes de soins...).

Le dispositif de suivi doit assurer le respect de la confidentialité de la victime.

La filière doit permettre, dans un même temps, l'évaluation des risques viraux autres que le VIH : hépatites B, C...

### 1.5. Soins immédiats : nettoyage de la plaie

Blessure ou piquûre : nettoyage immédiat à l'eau courante et au savon (= détergence ; ne pas utiliser un produit hydro-alcoolique), rinçage, antisepsie (5 minutes au moins) : eau de Javel à 2,5 % de chlore actif diluée au 1/5<sup>e</sup> ou au 1/10<sup>e</sup> ou Dakin Cooper Stabilisé® ou à défaut, alcool à 70°, povidone iodée (Bétadine®) (voir chapitre « [Antiseptiques et désinfectants](#) »).

Projection muqueuse (conjonctive...) : rinçage immédiat et abondant au sérum physiologique.

### 1.6. Rationnel du Traitement Post-Exposition au VIH (TPE) et délai de mise en route

Une méta-analyse de différentes études initialement bâties pour évaluer l'efficacité d'une prophylaxie post-exposition a permis de conclure que les soignants blessés au contact d'un patient VIH + qui avaient pris de la zidovudine après l'accident étaient 5 fois moins souvent contaminés que ceux qui n'en avait pas pris, toute chose égale par ailleurs (analyse multivariée). Par ailleurs, des études menées chez l'animal ont montré l'efficacité d'une prophylaxie par le ténofovir lorsqu'il est administré rapidement, dans les 24 à 48 heures suivant l'exposition au virus et pour une durée de plus de 10 jours.

La plupart des études démontrent qu'il faut commencer le TPE le plus tôt possible et au plus tard 48 heures après l'accident.

La durée de traitement admise est de 28 jours mais il n'existe pas de preuve absolue que la durée de 28 jours soit nécessaire ou optimale, même si, comme cela a été indiqué plus haut, des études animales montrent que la prolongation après 10 jours augmente l'efficacité du traitement.

Certains cas de contamination et certains échecs de la prophylaxie post-exposition, en France, aux Etats-Unis, en Angleterre, ont été expliqués par la résistance du virus au traitement post-exposition. Ces exemples prouvent que le choix des antiviraux doit tenir compte de la sensibilité des souches virales (ou des résistances potentielles qui peuvent être suspectées à la lecture de l'éventuel parcours thérapeutique préalable du patient source). C'est pourquoi il est indiqué de recourir préférentiellement à une trithérapie.

Rappelons toutefois qu'il a été rapporté des rares cas de séroconversion VIH documentés malgré l'instauration précoce d'une trithérapie post-exposition.

### 1.7. Choix du TPE

Le traitement de base doit être une trithérapie, associant de préférence 2 inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase (INRT) et une antiprotéase (IP), la rilpivirine (INNTI) ou un anti intégrase (II).

## Accidents d'exposition sexuelle ou au sang (AES)

Dans les pays à ressources limitées, le choix des antirétroviraux (ARV) pour le TPE dépend de leur disponibilité locale et de la liste des molécules sélectionnées par les programmes nationaux de lutte contre le SIDA (PNLS) (voir les chapitres « [Antirétroviraux](#) » et « [Anti-infectieux essentiels](#) »). Les protocoles de TPE sont donc adaptés localement selon les fluctuations de l'approvisionnement et l'évolution de cette liste.

Une bithérapie pourra être prescrite si un problème de compliance ou de tolérance était à craindre.

Il faut toujours tenir compte dans le choix des médicaments antirétroviraux du terrain (grossesse) et des interactions médicamenteuses.

L'association ténofovir/emtricitabine est à privilégier dans la mesure où la prise de ce traitement se résume à la prise d'un comprimé par jour.

Parmi les inhibiteurs de protéase, l'association fixe de ritonavir/lopinavir sous forme d'un comprimé, associée au ténofovir/emtricitabine est apparue comme le traitement le moins mal toléré par les personnes amenées à prendre un TPE. Le recours à l'atazanavir ou au darunavir est aussi possible.

La place des anti-intégrases qui semblent mieux tolérées mais restent souvent plus chères, est à préciser.

Les molécules à proscrire dans cette indication sont l'abacavir (hypersensibilité), l'efavirenz (troubles psychiatriques aigus), l'indinavir (colique néphrétique), la névirapine (hépatite et toxidermie), l'association didanosine + stavudine (risque d'acidose lactique).

Pour faire face aux différentes situations possibles (résistance potentielle, intolérance prévisible), il semble utile de disposer de médicaments anti-rétroviraux aux urgences (conservés à la pharmacie de l'hôpital ou aux urgences) qui permettront de commencer le traitement post-exposition pour les 48 à 72 premières heures au maximum. Ensuite, la poursuite éventuelle du traitement se fera grâce au renouvellement de l'ordonnance par le médecin référent (consultation réalisée entre 48 et 72 heures après l'exposition).

### 1.8. Indications du TPE (tableau 6)

L'évaluation du risque de transmission viral tient compte :

- de l'intervalle de temps entre la survenue de l'AES et la consultation (temps idéal : < 4 heures, temps maximum au-delà duquel un traitement est sans nul doute sans intérêt : > 48 heures) ;
- de la nature de l'accident : piqûre profonde ou superficielle, aiguille IV ou IA (intra-artérielle) ou IM, contact cutanéomuqueux supérieur à 15 mn sur une peau lésée ou sur une muqueuse ;
- des données concernant le patient source ; statut VIH/ VHC/ VHB ; en cas d'infection par le VIH : stade de la maladie, traitement antiviral en cours... (tableau 6).

**Tableau 6. Indications de TPE après exposition au sang**

<b>Expositions au sang et aux liquides biologiques</b>			
<b>Risque et nature de l'exposition</b>	<b>Statut VIH de la personne source</b>		
	<b>Positif</b>		<b>Inconnu</b>
	<b>Charge virale détectable</b>	<b>Charge virale &lt; 50 copies/ml</b>	
<b>Important :</b> - piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE recommandé
<b>Intermédiaire :</b> - 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

Tableau 6. Indications de TPE après exposition au sang

<ul style="list-style-type: none"> <li>- piqûres avec seringues abandonnées</li> <li>- crachats, morsures ou griffures</li> <li>- autres cas</li> </ul>	TPE non recommandé
<p>* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, les experts considèrent qu'il est légitime de ne pas traiter. Si un TPE est instauré, il pourra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).</p>	

Il est très important d'informer la victime sur :

- l'intérêt potentiel de la chimioprophylaxie : réduction significative du risque de transmission du VIH ;
- mais aussi sur ses limites et effets secondaires possibles (séroconversions documentées malgré une chimioprophylaxie précoce et adaptée, toxicités médicamenteuses graves rapportées).

Il convient de délivrer à la victime une information « complète » sur les médicaments qu'elle va être amenée à prendre : modalités de prises (horaires, prises pendant ou hors des repas...), effets indésirables possibles... et d'anticiper une meilleure gestion des effets indésirables par la prescription éventuelle de traitements symptomatiques (anti-émétiques, anti-diarrhéiques, anti-spasmodiques...), tout en tenant compte le mode de vie de la personne.

En dehors de la seule problématique de la prescription ou de la non prescription d'un traitement post-exposition, d'autres points doivent être rappelés ici :

- il ne faut pas sous-estimer les risques liés aux AES ;
- il est préférable d'éviter de faire saigner la plaie ;
- il ne faut jamais différer le lavage à l'eau (ou au sérum physiologique) puis la désinfection locale ;
- il ne faut pas retarder la consultation auprès d'un médecin référent (décision de traitement) ;
- la consultation, qu'il y ait ou non prescription d'un traitement, doit être le lieu d'un counseling, d'où la nécessaire empathie des soignants réalisant cette consultation.

Lors de la prise en charge d'un AES et avant de décider de traiter ou non, il convient de vérifier que la conduite à tenir immédiatement après AES (sur place, sur le lieu de l'AES : lavage au savon et à l'eau + désinfection avec un antiseptique) a été respectée (cette procédure doit être affichée dans tous les lieux à risque).

Si l'évaluation de l'exposition a conduit à considérer que la situation est bien à risque potentiel de transmission du VIH, il conviendra d'expliquer et de prescrire une contraception mécanique (préservatifs) qui devra être maintenue au minimum jusqu'à l'obtention du premier résultat du suivi « virologique ». Il convient par ailleurs d'indiquer aux victimes d'AEV qu'elles doivent s'exclure du don du sang pendant 3 mois.

### 1.9. Définir, codifier le suivi clinique et biologique

Le suivi sérologique a plusieurs finalités : d'une part, s'assurer que la victime n'est pas d'emblée infectée par le VIH (sérologie à réaliser dès la première consultation) ; d'autre part s'assurer que la victime ne fait pas une séroconversion à l'issue de l'AES (contrôle sérologique 6 semaines après l'AES dans tous les cas et à 12 semaines en cas de TPE. Un schéma de suivi biologique des AES adapté aux conditions sanitaires des pays à ressources limitées et proposé dans le tableau 8.

### 1.10. Décision de prophylaxie concernant le VHB

Les personnels soignants et de laboratoire doivent être vaccinés contre l'hépatite B. Le risque de transmission du VHB au cours d'un AES est alors nul chez les répondeurs à la vaccination.

Il n'est plus nécessaire de pratiquer de contrôle sérologique et/ou de rappels de vaccination chez les professionnels de santé s'il est démontré que ce soignant a présenté, lors d'un contrôle antérieur, un taux d'anticorps anti-HBs > 100 UI/ml ou un taux d'anticorps anti-HBs compris entre 10 et 100 UI/L associé à une recherche d'Ag HBs négative.

En cas d'exposition sanguine ou sexuelle au VHB (sont exclus les cas où le patient source est identifié Ag HBs négatif), et particulièrement en l'absence d'indication à une trithérapie post-exposition, une injection IM de 500



UI d'immunoglobulines humaines anti-hépatite B est recommandée le plus tôt possible (dans les 72 heures) chez une personne non vaccinée ou chez une personne préalablement identifiée comme non répondeuse à la vaccination anti-VHB (taux d'anticorps anti-HBs resté < 10 UI/ml à tous les contrôles post-vaccinaux malgré un maximum de 6 injections). L'administration d'immunoglobulines, n'est cependant pas nécessaire si la personne source ne présente pas de virémie VHB positive (ADN plasmatique indétectable) et que le ténofovir est prescrit dans le cadre d'un TPE anti VIH.

Dans les pays à ressources limitées ne disposant pas d'immunoglobulines anti-hépatite B, il n'est proposé en prophylaxie post exposition que la vaccination des personnes n'ayant pas de marqueurs du VHB, le plus tôt possible après l'exposition, au mieux le jour de la consultation pour AES.

Si la personne n'est pas vaccinée :

- débiter le même jour la vaccination anti-hépatite B selon un schéma J0, M1, M6 ;
- surveiller la réponse vaccinale (Ac anti-HBs) 1 à 2 mois après la 3<sup>e</sup> injection vaccinale.

### 1.11. Décision de prophylaxie concernant le VHC

Il n'existe pas de traitement prophylactique vis-à-vis du risque VHC mais la prise en charge rapide d'une éventuelle infection aiguë post-exposition est recommandée. Un suivi clinico-biologique s'impose donc dès lors qu'un soignant s'est blessé au contact d'un patient VHC+ virémique. Si la victime de l'AES apparaît virémique dans les semaines qui suivent l'accident et qu'un contrôle de cette virémie dans les semaines qui suivent montre une persistance de celle-ci, il y aura indication à la mise en route d'une bithérapie anti-VHC.

### 1.12. Fièvre de Lassa

Les soignants prenant en charge des patients infectés par un arenavirus (essentiellement Fièvre de Lassa) peuvent se contaminer par voie aérienne mais la contamination se fait principalement lors d'expositions au sang des patients, éventualité fréquente compte tenu du caractère hémorragique de la maladie (voir le chapitre « [Filovirus, Arenavirus et Hantavirus](#) »).

### 1.13. Maladie à virus Ebola

La prise en charge des personnels de santé victime d'AES/AEV au contact des patients souffrant d'une maladie à virus Ebola n'est pas encore aujourd'hui définitivement codifiée (voir le chapitre « [Filovirus, Arenavirus et Hantavirus](#) »).

## 2. Exposition au risque de transmission du VIH par voie sexuelle

Les rapports sexuels non protégés exposent au risque de transmission du VIH mais aussi des virus VHB et VHC (voir le chapitre « [Hépatites virales](#) »), du tréponème de la syphilis, de gonocoques, de *Chlamydiae* et d'autres agents d'infection sexuellement transmissible (voir les chapitres « [Épidémiologie des IST](#) », « [Ulcérations génitales](#) », « [Écoulement urétral chez l'homme](#) » et « [Écoulement vaginal](#) ». En cas d'exposition sexuelle, il convient de déterminer la nature et l'heure du rapport à risque. La situation comportant le plus de risque est la pénétration anale réceptive non protégée. D'autres facteurs augmentent le risque : infections et lésions génitales, rapport sexuel pendant les règles, saignement au cours des rapports, multiplicité des rapports, forte charge virale VIH du patient source (primo-infection), viol.

### 2.1. Rationnel du Traitement Post-Exposition (TPE) du VIH et délai de mise en route (voir paragraphe 1.6)

### 2.2. Choix du TPE pour le VIH (voir paragraphe 1.7)

### 2.3. Indications du TPE pour le VIH (tableau 7)

Comme pour le TPE des accidents d'exposition au sang, il est indispensable d'évaluer le statut sérologique du patient sexuellement exposé et de vérifier par la biologie qu'il ne présente pas de contre indication au TPE.

La prévalence générale du VIH étant élevée dans un grand nombre de pays tropicaux (Afrique, Caraïbe, Amérique du Sud, Asie...) et la preuve de l'indétectabilité prolongée de la charge n'étant souvent pas assurée chez les pVIH sous ARV, le TPE y est quasi systématiquement recommandé, que la personne source soit positive pour



le VIH ou de statut inconnu (tableau 7). Dans ce dernier cas, l'appartenance de la personne source à un groupe à prévalence élevée de VIH renforce l'indication du TPE (note \*\* du tableau 7).

Une contraception est proposée afin d'éviter une grossesse dans un contexte de risque d'infection par le VIH et de possible toxicité du TPE lors de la fécondation.

**Tableau 7. Indications de TPE du VIH après exposition sexuelle**

<b>Expositions sexuelles</b>				
<b>Statut VIH de la personne source</b>				
<b>Risque et nature de l'exposition</b>	<b>Positif</b>		<b>Inconnu</b>	
	<b>CV détectable</b>	<b>CV indétectable*</b>	<b>Groupe à prévalence élevée**</b>	<b>Groupe à prévalence faible</b>
Rapport anal réceptif	TPE recommandé		TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

\* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, les experts considèrent qu'il est légitime de ne pas traiter. Si un TPE est instauré, il pourra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

\*\* Groupe à prévalence élevée : personne source ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région à prévalence du VIH > 1 %, ou usager de drogue injectable, ou facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement).

## 2.4. Mesures concernant le autres pathologie à transmission sexuelle

- Dépistage des autres IST : gonococcie, chlamydiose, syphilis avec suivi sérologique.
- Première dose de vaccination contre le VHB chez les patients n'ayant pas de marqueurs biologiques de ce virus.
- Un traitement préventif anti-VHC n'est pas recommandé. Le risque de transmission sexuelle du VHC est extrêmement faible mais favorisé par des rapports micro traumatiques avec contacts sanguins, notamment lors de rapports anaux.

## 2.5. Surveillance biologique

Elle concerne l'évaluation du statut sérologique de base du patient exposé, de la tolérance aux ARV prescrits et du succès du TPE (tableau 8).

**Tableau 8. Examens biologiques de base et de suivi pour un TPE d'AES**  
(Médecins Sans Frontières. Manuel clinique VIH/TB 2018)

Test	Source	Personne exposée		
		Tests de base	6 semaines	3 mois
VIH	Test VIH rapide*	Test VIH rapide		Test VIH rapide
VHB	AgHBs	AgHBs et Ac anti HBs		
VHC	Ac anti-HépC	Ac anti-HépC		
Syphilis	Ac RPR/TP	RPR/TPHA/FTA		RPR/TPHA/FTA
Tétanos		Ac antitétanique		
Grossesse		Test standard		
Créatinine		Si TDF dans le régime		
Hb		Si AZT dans le régime		
Conseil		Oui	Oui	Oui

La consultation initiale et le suivi pour un accident d'exposition sexuelle sont l'occasion de sensibiliser le patient aux risques d'IST, de proposer l'utilisation de préservatifs et, particulièrement chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) à risque, une prophylaxie pré exposition (PrEP) par ARV. C'est aussi l'occasion d'entreprendre un soutien psychologique et une orientation juridique aux victimes de viol.

**Sites web recommandés (accès libre) concernant ce chapitre :**

Rapport 2017 sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH

Chapitre 14 - Prise en charge des accidents d'exposition au sang et sexuelle chez l'adulte et l'enfant

[https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih\\_aes.pdf](https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf)

Maladie à virus Ebola : recommandations en cas d'accident d'exposition au sang ou au virus - Haut Conseil de la Santé Publique - Décembre 2014

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=467>

Site du Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants : GERES

<http://www.geres.org>

Manuel clinique VIH/TB pour les soins de santé primaires. MSF 2018

<https://samumsf.org/sites/default/files/2019-05/Manuel%20clinique%20MSF%20VIHTB%20pour%20les%20soins%20de%20santé%20primaires-2018-PreIndex.pdf>