

Traitement post-exposition
après
une exposition accidentelle au sang
ou aux fluides corporels

Recommandations MSF 2021



Préface

Le traitement post-exposition est recommandé dans les directives consolidées de l'Organisation mondiale de la santé sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH (OMS, 2021) : *Un traitement oral post-exposition (TPE) doit être proposé et mise en œuvre le plus tôt possible chez toutes les personnes ayant subi une exposition susceptible de transmettre le VIH, de préférence dans les 72 heures.*

MSF fournit un traitement post-exposition à tout personnel exposé au VIH et/ou à l'hépatite.

Ce guide décrit le risque d'infection, les mesures de prévention et les procédures à suivre après une exposition accidentelle au sang ou à d'autres liquides corporels (AES) des personnes qui travaillent avec MSF. Ce guide est intersections et basé sur d'anciennes directives de sections. Les conseils spécifiques à chaque section sont clairement indiqués, et les procédures administratives des différentes sections se trouvent dans les annexes.

Ce document a pour but d'aider les médecins à décider quand et comment fournir un TPE, et de présenter tous les aspects de la prévention d'un AES et du TPE : médicaux, administratifs, financiers et logistiques.

Pour des conseils généraux sur le TPE, et en cas de violence sexuelle, se référer au :

- **Guide clinique VIH/TB de MSF pour les soins primaires 2020** (n'existe qu'en version anglaise), et
- **Protocole médical de MSF pour la prise en charge des violences sexuelles 2020** (n'existe qu'en version anglaise)

Auteurs

Elisabeth Szumilin, Suna Balkan, Alex Telnov, Beatriz Alonso Castañeda, Laura Moreto Planas, Charles Ssonko et Gilles Van Cutsem pour le groupe de travail SIDA. Nous saluons également les contributions des Unités de Santé du Personnel de toutes les Sections MSF, du Groupe de Contact Hépatite, du Groupe de Travail Vaccins et des nombreux auteurs qui ont contribué aux versions précédentes de ce document.

Sommaire

Préface	2
Auteurs.....	2
Sommaire.....	3
Abréviations.....	4
1. Introduction.....	5
2. Prévention de l'exposition au VIH et aux autres virus.....	8
3. Procédures après une exposition accidentelle au sang ou à des fluides corporels	10
4. Premiers secours après une exposition accidentelle au sang ou à des fluides corporels.....	11
5. Évaluation du risque de transmission.....	11
6. Décision de donner un traitement post-exposition contre le VIH	13
7. Régimes de traitement post-exposition (TPE) contre le VIH.....	16
8. Mesures post-exposition contre l'hépatite B et C.....	19
9. Conseil	21
10. Suivi d'une personne exposée.....	21
11. Exposition sexuelle au sang ou à des fluides corporels et violence sexuelle	23
12. Procédures administratives.....	24
13. Aspects financiers.....	24
14. Approvisionnement.....	25
15. Références.....	25
16. Annexes	27
Annexe 1 Dosage des ARV pour le TPE en fonction du poids	27
Annexe 2 : précautions standards à prendre lors des soins de santé	32
Annexe 3 : procédures administratives après un AES.....	33
Annexe 4 : Fiche d'information sur le TPE et le suivi après un AES	35
Annexe 5 : Formulaire de consentement/refus éclairé du TPE.....	36
Annexe 6 : formulaire de notification d'une AES (confidentiel)	37
Annexe 7 : coordonnées.....	41

Abréviations

3TC	Lamivudine
Ag	Antigène
Ab	Anticorps
ADF	Association à dose fixe
AES	Accident d'exposition au sang ou aux fluides corporels
ATV/r	Atazanavir/ritonavir
AZT	Zidovudine
CDC	Center for Disease Control (Centre de contrôle des maladies infectieuses)
CoMed	Coordinateur médical
CrCl	Clairance de la créatinine
AAD	Antiviraux à action directe
DRV/r	Darunavir/ritonavir
DTG	Dolutégravir
EFV	Éfavirenz
FTC	Emtricitabine
IST	Infections sexuellement transmissibles
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
HQ	Headquarters (centre opérationnel)
RH	Ressources Humaines
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
NVP	Névirapine
OC	Operational Centre (A: Amsterdam, B: Bruxelles, BA: Barcelone, G: Genève, P: Paris)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RAL	Raltegravir
SHU	Staff Health Unit (Unité de santé du personnel)
TDF	Ténofovir
TLD	Ténofovir/Lamivudine/Dolutégravir combinaison à dose fixe
TPE	Traitement post-exposition

1. Introduction

L'exposition professionnelle accidentelle au sang ou aux liquides organiques (AES) est un **accident du travail** et doit être traité comme tel.

La prévalence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC) est élevée, dans de nombreux contextes où MSF intervient. Ces virus peuvent être transmis par l'exposition des surfaces muqueuses ou de la peau endommagée à du sang ou des liquides organiques contaminés, notamment par :

- Blessure avec une aiguille ou tout autre instrument tranchant ;
- Contact avec les muqueuses ou la peau endommagée (par exemple, coupures cutanées, abrasions) ;
- Contact sexuel non protégé (oral, vaginal ou anal, y compris durant un viol) ;
- Transfusion sanguine non sécurisée.

Les travailleurs de la santé sont exposés à des risques d'exposition et d'infection professionnelle dans l'exercice de leurs fonctions. Cette directive, est consacrée au personnel travaillant avec MSF ou une organisation partenaire, y compris le ministère de la santé. Nous nous concentrons sur l'exposition professionnelle mais couvrons également l'exposition due aux rapports sexuels non protégés.

Des conseils sur le traitement post-exposition (TPE) dans d'autres circonstances, telles que la violence sexuelle et le viol, peuvent être trouvés dans les documents intitulés

- **MSF VIH/TB Guide clinique pour les soins primaires 2020** et
- **Protocole médical MSF pour la prise en charge des violences sexuelles 2020.**

L'exposition accidentelle au sang ou aux liquides corporels (AES) est définie comme tout contact avec du sang ou un liquide organique susceptible de contenir le VIH, l'hépatite ou d'autres agents infectieux, à la suite d'une blessure avec une aiguille ou un autre instrument tranchant ou de l'exposition aux muqueuses ou à une peau endommagée. L'infection par le VIH après l'AES peut être prévenue par la mise en place rapide d'un traitement par antirétroviraux (TAR) ; l'hépatite B peut être prévenue par la vaccination et/ou les immunoglobulines. Il n'existe pas de vaccin ni de traitement contre l'hépatite C, mais il existe un traitement efficace.

MSF propose un TPE au personnel MSF qui risque d'être infecté après un AES. Cette directive est basée sur les recommandations internationales actuelles et nos expériences précédentes. Elle est adaptée au contexte du terrain.

Le personnel de MSF partage une responsabilité individuelle et collective dans la prévention des AES. Tout le personnel MSF doit être informé des précautions standards, des mesures de prévention des AES et des procédures à suivre après un AES, dès le début de son embauche, et ces informations doivent lui être rappelées au moins une fois par an.

Un membre désigné du personnel médical, de préférence un médecin, doit être identifié et est responsable de la prévention et de la gestion des AES sur chaque site. Le guide de prévention et de prise en charge des AES, les posters sur les AES et le traitement (TPE) doivent être disponibles sur chaque site de projet.

Le coordinateur médical est responsable de la prévention des AES et du TPE au niveau de nos projets, pour le pays. Les questions relatives à l'AES et au TPE peuvent être adressées à l'Unité de santé du personnel et/ou à la personne référente en matière de VIH pour chaque section :

Unité de santé du personnel de l'OCA : +31 20 520 8700
Staffhealthunit.physical@amsterdam.msf.org

Unité de santé du personnel de l'OCB : +32 2 474 75 51
Staffhealthunit@brussels.msf.org

Unité de santé du personnel de l'OCBA : +34 68 129 0560
Staffhealth@barcelona.msf.org

Unité de santé du personnel de l'OCG : +41 22 849 8967
Staff-Health.GVA@geneva.msf.org

Unité de santé du personnel de l'OCP : +33 1 40 21 27 67
Paris-sante-focalpoint@paris.msf.org ;

Référents VIH de l'OCP :
Elisabeth.szumilin@paris.msf.org; +33 1 40 21 2824
Suna.Balkan@paris.msf.org; +33 1 40 21 2912

Risque de transmission

Exposition accidentelle au sang (AES) est définie comme tout contact avec du sang ou d'autres fluides corporels résultant d'une blessure par aiguille ou tout autre instrument coupant ou tranchant ou tout contact avec des muqueuses ou sur une lésion cutanée pré-existante.

Expositions professionnelles comprennent les blessures par piqûre d'aiguille, les blessures percutanées par objets tranchants, les éclaboussures de sang ou de fluides corporels sur les muqueuses des yeux/de la bouche/du nez ou sur une affection cutanée pré-existante (plaie, égratignure, eczéma, etc.).

Expositions sexuelles comprennent les agressions sexuelles impliquant une pénétration vaginale ou rectale, les rapports sexuels consensuels et/ou les préservatifs déchirés.

Expositions involontaires comprennent le partage d'aiguilles lors de l'utilisation récréative de drogues par voie intraveineuse, les blessures accidentelles causées par des déchets médicaux mal gérés, le contact avec des préservatifs usagés, les morsures humaines, les sports de contact avec exposition au sang, l'assistance routière lors d'accidents de véhicules à moteur (contact avec un liquide corporel et une peau non intacte), le lait maternel exprimé d'une autre mère et donné à l'enfant par inadvertance, ou l'allaitement de l'enfant d'une autre mère, la pré-mastication des aliments si des plaies apparaissent dans la bouche de la personne qui mâche les aliments.

Fluides corporels et matériaux infectieux comprennent le sang ou tout liquide, tissu ou autre matière taché de sang ; les sécrétions vaginales ou le pré-éjaculat pénien et le sperme ; les liquides provenant de toute cavité corporelle tels que les liquides pleural, péricardique, amniotique, péritonéal, synovial et cérébrospinal ; tout autre liquide, excrétion ou sécrétion visiblement taché de sang ; plus le lait maternel.

Fluides non infectieux pour le VIH et l'hépatite B/C comprennent les larmes, la salive non tachée de sang, les expectorations ou les vomissures, la sueur, l'urine et les selles.

Le personnel de santé risque d'être infecté par l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH à la suite d'un AES, selon le statut du patient source. Ce risque ne concerne pas seulement le personnel médical, mais aussi le personnel non médical, comme les agents d'entretien. Le risque moyen de transmission du VIH après une seule exposition percutanée à du sang séropositif est faible (tableau 1), et considérablement plus faible que celui lié aux virus de l'hépatite B et C (respectivement 100 et 10 fois moins). Il existe également un risque de transmission de tout autre agent infectieux présent dans le sang (fièvres hémorragiques, trypanosomiase, etc.).

Agent	Modes d'exposition	Risque d'infection
VIH	Exposition percutanée	0,3%
	Contact muco-cutané*	0,03-0,09%
VHB	Exposition percutanée	10-30%
	Exposition percutanée	0-10%

* Exposition des muqueuses ou des coupures ou abrasions cutanées

Les procédures les plus courantes présentant un risque d'exposition accidentelle au sang/aux fluides corporels comprennent :

- La manipulation des objets tranchants après le prélèvement de sang et d'échantillons d'autres liquides corporels visiblement contaminés par du sang ;
- L'insertion et la manipulation des perfusions, en particulier lorsqu'elles sont faites dans la précipitation ;

- La chirurgie, notamment lors d'interventions chirurgicales importantes et/ou longues ou lorsque des hémorragies peuvent survenir ;
- Manipulation de sang ou de fluides corporels infectieux par le personnel de laboratoire ;
- Nettoyage, manipulation et destruction du matériel médical contaminé et des déchets médicaux.

L'exécution de chacune de ces activités dans la précipitation comporte un risque supplémentaire.

Le VIH et d'autres virus sont beaucoup plus susceptibles d'être transmis par le biais de **RAPPORTS SEXUELS NON PROTÉGÉS** ou de **TRANSFUSIONS SANGUINES** pour laquelle une recherche de virus n'aurait pas été effectuée.

2. Prévention de l'exposition au VIH et aux autres virus

Information, Éducation, Communication

Tout le personnel de MSF doit être informé sur la manière de se protéger contre le VIH et les autres agents pathogènes transmis par le sang ou par contact sexuel. Les coordinateurs médicaux ont la responsabilité d'informer tous les nouveaux membres du personnel sur :

- Les précautions standards à suivre dans les services de santé (voir annexe 1) ;
- L'utilisation du préservatif dans la vie privée ;
- Autres mesures préventives à prendre contre ces virus (y compris la vaccination) ;
- Les procédures à suivre en cas d'AES.

Ces précautions doivent être rappelées au personnel de manière régulière, au moins une fois par an. Tout le personnel de MSF partage une responsabilité individuelle et collective à cet égard. Le coordinateur médical doit s'assurer que les directives AES, le matériel d'information et le traitement TPE sont disponibles dans chaque site du projet, et que les procédures sont suivies de manière appropriée.

Étant donné que certaines de ces infections peuvent être transmises par contact sexuel, des préservatifs doivent être disponibles dans chaque projet et leur utilisation doit être encouragée.

Protection contre l'hépatite B et C

Tout le personnel médical de MSF susceptible d'être exposé au virus de l'hépatite B doit être vacciné ; le schéma standard prévoit une dose au jour 0, au mois 1 et au mois 6¹. Si possible, un test d'anticorps anti-HBs doit être effectué 4 à 8 semaines après la dernière dose pour vérifier si le niveau de protection est suffisamment élevé. Si le taux d'anticorps anti-HBs est inférieur à 10 UI/L, une dose supplémentaire est recommandée. Il est important que les responsables de la santé du personnel au niveau national et au niveau du projet, vérifient et suivent le statut vaccinal de chaque membre du personnel.

Il n'y a aucun danger à vacciner une personne qui est déjà infectée par le VHB. Cependant, l'hépatite B chronique peut entraîner un cancer du foie et doit être diagnostiquée et traitée.

¹ Les informations fournies dans ces directives se rapportent à des formulations vaccinales spécifiques : Engerix-B®, Recombivax HB® et Twinrix® et ne peuvent être extrapolées lorsque d'autres vaccins contenant le VHB sont utilisés.

Dans certains contextes, la prévalence de l'hépatite B chronique est élevée et le dépistage de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) avant la vaccination doit être envisagé. MSF doit fournir un traitement pour l'hépatite B chronique au personnel qui en a besoin, ou définir des options de référence adéquates.

Il n'existe pas de vaccin ou de traitement contre l'hépatite C. Cependant, il existe un traitement efficace en cas de séroconversion et de persistance de la virémie pendant plus de 6 mois après l'AES.

Dépistage et conseils VIH

Pour des raisons médicales et d'assurance, il est **fortement recommandé** (mais pas obligatoire) que chaque personne travaillant avec MSF fasse un **test de dépistage VIH** confidentiel avant de commencer son emploi. Des informations sur les lieux où l'on peut obtenir des services de dépistage du VIH gratuits (ou remboursés par les assurances ou MSF) et confidentiels doivent être disponibles dans chaque projet. Vivre avec le VIH n'est pas une contre-indication pour travailler avec MSF, et le traitement antirétroviral doit être accessible pour tout le personnel de MSF, soit fourni par MSF, soit par un prestataire de services externe, dont la qualité des soins a été vérifiée par MSF.

Préparation au TPE

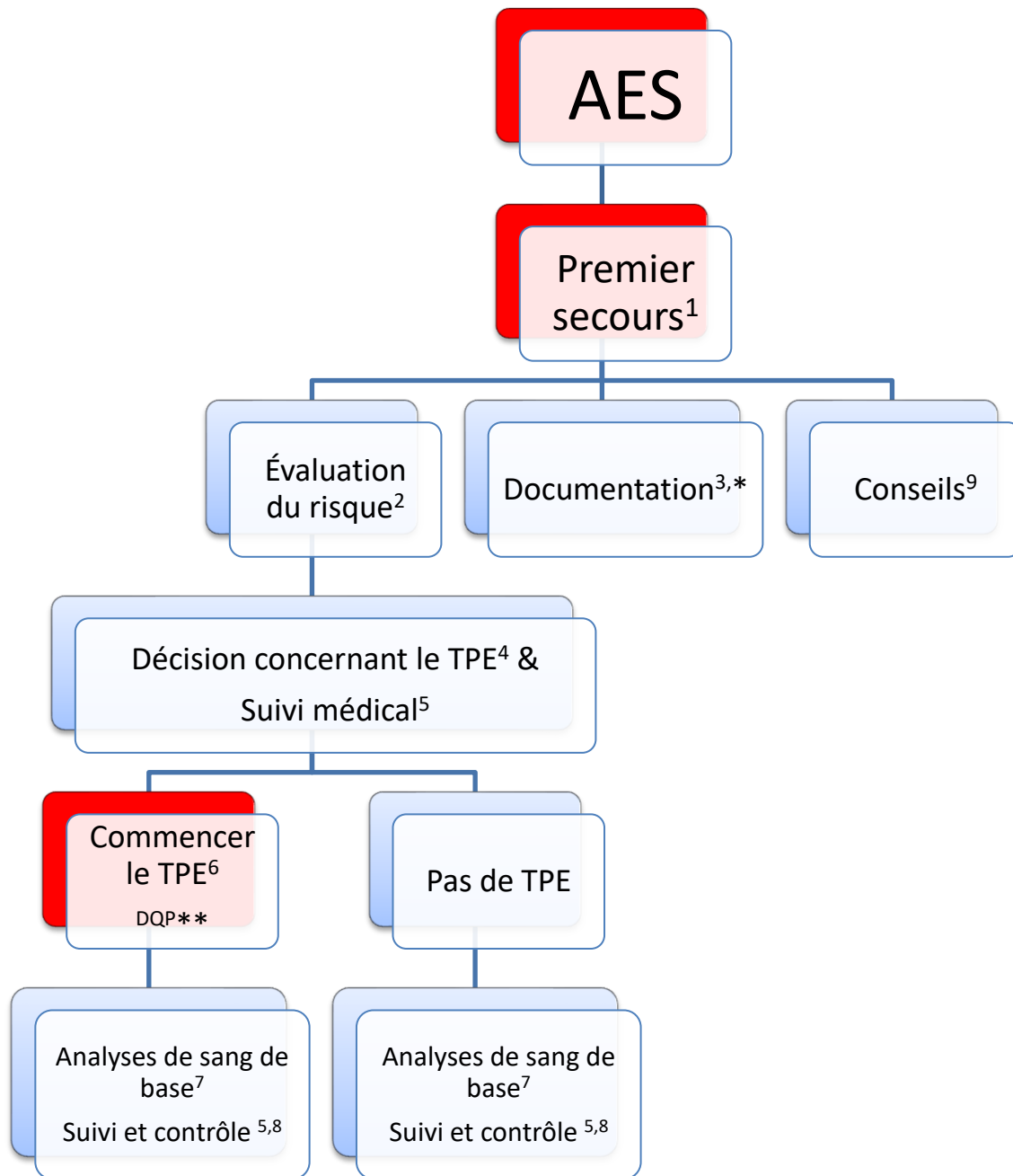
Les éléments suivants doivent être identifiés dans chaque pays :

- Un médecin qui peut initier et suivre le TPE
- Un médecin qui est responsable de la notification de l'AES pour tout le personnel
- Une personne responsable de la disponibilité du TPE dans chaque site (commande, stock, péremption, stockage...)
- Un laboratoire capable d'effectuer les tests de sérologie VIH, VHB et VHC, le test de grossesse, la créatinine et des ALAT.
- Accès à l'immunoglobuline humaine contre l'hépatite B (HBIG) en moins de 24 heures, soit au sein du projet MSF, soit par le biais d'un prestataire externe.
- Une responsable administratif chargé du remboursement des soins médicaux et des questions d'assurance.

Dans chaque clinique/site/projet, les éléments suivants doivent être disponibles :

- Un minimum de deux kits TPE, chacun contenant les 28 jours complets de médicaments ARV ; des tests rapides pour le VIH, le VHB et le VHC.
- Ce guide sur le TPE après un AES plus un formulaire de consentement/refus du TPE et de notification de l'AES (annexes 5 et 6).

3. Procédures après une exposition accidentelle au sang ou à des fluides corporels



AES : Accident d'Exposition au Sang ou aux fluides corporels ; TPE : Traitement post-exposition

¹. Chapitre 5 ; ². Chapitre 6 ; ³. Chapitre 13 ; ⁴. Chapitre 7 ; ⁵. Chapitre 10 ; ⁶. Chapitres 8 & 9 ; ⁷ & ⁸. Chapitre 11

* Toute exposition accidentelle au sang doit être notifiée, qu'un traitement prophylactique soit entrepris ou non. Contactez dès que possible les personnes responsables de la santé du personnel sur le terrain, dans la mission et au HQ. Voir annexe 3.

**DQP Dès que possible après l'accident ; et jusqu'à 72 heures au plus tard. Les tests sanguins ne doivent pas retarder l'initiation du TPE.

4. Premiers secours après une exposition accidentelle au sang ou à des fluides corporels

Exposition percutanée

- Laisser la plaie saigner (ne pas presser ou frotter la lésion),
- Laver immédiatement la plaie et la peau environnante à l'eau et au savon et rincer
- Désinfecter la plaie et la peau environnante *pendant 5 minutes* avec :
 - Polyvidone iodée à 10% (Betadine) ou
 - Solution chlorée à 0,05-0,1% ou
 - Alcool à 70%

La Chlorhexidine Cetrimide est active contre le VIH, mais pas contre le VHB ; elle n'est donc pas recommandée pour les personnes qui ne sont pas vaccinées contre le VHB et ne doit donc pas être utilisée après l'AES.

Exposition des yeux ou des muqueuses

Rincer immédiatement la zone exposée avec une solution saline isotonique pendant 10 minutes. Si cette solution saline n'est pas disponible, maintenir l'œil sous un robinet d'eau courante. Des collyres antiseptiques peuvent également être utilisés en cas d'exposition des yeux. Si aucune de ces solutions n'est disponible, utilisez de l'eau propre. Si le patient porte des lentilles de contact, laissez-les en place pendant l'irrigation de l'œil, car elles forment une barrière sur l'œil et contribuent à le protéger. Une fois l'œil nettoyé, retirer les lentilles de contact et les nettoyer de la manière habituelle. Ne pas utiliser de savon ou de désinfectant sur l'œil.

Dans le cas peu probable d'une éclaboussure dans la bouche, cracher immédiatement le liquide, rincer la bouche avec de l'eau, désinfecter en rinçant avec une solution de povidone iodée à 1% ou une solution de chlore à 0,05%, et rincez à nouveau avec de l'eau.

5. Évaluation du risque de transmission

La probabilité de transmission dépend du type d'exposition, du type de liquide, de la quantité de liquide transmise ainsi que de l'état de santé et de la charge virale du patient source.

Un médecin doit évaluer le risque de transmission du VIH et de l'hépatite après un AES. **Cette évaluation doit être faite rapidement et de manière approfondie, afin de commencer le traitement le plus tôt possible après l'accident².** Tous les AES ne requièrent pas un traitement prophylactique.

Type d'exposition

L'exposition percutanée se produit lorsque la peau est abîmée ; le contact avec les muqueuses comprend l'exposition sexuelle, les éclaboussures dans les yeux, le nez ou la cavité buccale.

Exposition massive :

- Blessure par piqûre d'aiguille avec une aiguille creuse utilisée pour un accès artériel ou veineux.
- Blessure profonde causée par un objet contaminé par du sang.

Exposition modérée :

²Dès que possible après l'accident et au plus tard dans les 72 heures. Après 72 heures, le traitement n'aura plus d'effet.

- Blessure par piqûre d'aiguille avec une aiguille de suture ou une aiguille utilisée pour une injection intramusculaire ou sous-cutanée.
- Coupure par un scalpel.
- Membranes muqueuses ou peau endommagée en contact avec une quantité importante de sang ou de fluide corporel.

Exposition minimale :

- Morsure, griffure, contact avec du sang sur une peau intacte, contact de gouttes de sang sur les muqueuses ou la peau intactes, contact avec d'autres fluides corporels ne contenant pas de sang (par exemple, salive, urine), blessure par piqûre d'aiguille provenant d'une seringue abandonnée.

Ces définitions sont destinées à aider le médecin à évaluer la gravité de l'exposition. Il est impossible de couvrir toutes les possibilités et il appartient au médecin de classer l'exposition de manière appropriée.

Les accidents percutanés dans les situations suivantes présentent un risque plus élevé de transmission :

- Aiguille creuse > aiguille plate (aiguille de suture).
- Dispositif intravasculaire ou aiguille > non intravasculaire.
- Plaie profonde par aiguille (saignante et douloureuse) > superficielle.
- Sang visible dans/sur l'objet > pas de sang visible.

N.B. : les AES avec du matériel contaminé depuis plus de 48 heures réduisent considérablement le risque d'infection au VIH, mais restent significatifs pour le VHB (le VHB est plus résistant que le VIH).

Le port de gants est une mesure de protection. Le double gantage est recommandé dans les pays où la prévalence du VHB, du VHC et du VIH est élevée pour les interventions chirurgicales de longue durée (>30 minutes), pour les interventions avec un contact avec de grandes quantités de sang ou de fluides corporels, et pour certaines interventions orthopédiques à haut risque [WHO Glove Use Information Leaflet.pdf](#) (août 2009).

Type de fluide

Les fluides suivants peuvent contenir le VIH : le sang ou tout autre fluide souillé de sang, le lait maternel et les sécrétions sexuelles.

Les fluides suivants peuvent contenir le VIH mais impliquent des interventions invasives : liquide amniotique, péritonéal, synovial, péricardique ou pleural et liquide céphalo-rachidien.

Les éléments suivants sont considérés comme non infectieux (s'ils ne sont pas contaminés par les fluides susmentionnés) : la sueur, les larmes, la salive, les expectorations, l'urine et les selles.

Statut VIH du patient source

Il est important **d'évaluer si le patient source est infecté par le VIH, le VHB ou le VHC et si la personne est déjà sous traitement antiviral pour de telles affections.** Il est essentiel d'obtenir un historique complet des traitements (quels médicaments antirétroviraux le patient a-t-il déjà reçus) et de passer en revue tous les génotypes précédents, le cas échéant.

Le dépistage du VIH chez le patient source est recommandé **si les conditions suivantes sont réunies :**

- Le patient a donné son consentement éclairé et a le choix de connaître ou non les résultats.
- Des services de conseil confidentiels sont disponibles.

- Une prise en charge médicale et psychosociale du VIH est disponible. Le traitement ARV sera prescrit et le suivi sera assuré dans la mesure du possible par le projet. Les soins médicaux seront donnés conformément aux directives nationales.

Lorsque le patient source souhaite connaître le résultat (préféré), le premier test de dépistage doit être confirmé par 2 tests supplémentaires de types différents, conformément aux recommandations de l'OMS³.

Important : les tests de dépistage rapide du VIH ne permettent pas de détecter une infection récente par le VIH. Pendant ladite "période fenêtre", qui dure environ 3 semaines, les taux d'anticorps sont trop faibles pour être détectés, mais les personnes infectées peuvent avoir une charge virale élevée et être très contagieuses. Un **résultat négatif n'exclut pas totalement l'infection par le VIH** et il est important que le patient source subisse un examen clinique portant sur les signes et symptômes de l'infection aiguë par le VIH.

Si le patient source refuse de se faire dépister, il faut essayer de déterminer le risque de VIH par une anamnèse et un examen clinique détaillés, ainsi que par des critères épidémiologiques. Si cela n'est pas possible, ou en cas de doute, considérez la source comme inconnue et appliquez le TPE.

Le patient source a un :

- **Haut risque d'être infecté par le VIH si :**
 - Les antécédents familiaux, l'histoire personnelle et/ou l'examen clinique suggèrent une possible infection par le VIH.
 - Il/elle appartient à une population à haut risque de VIH (travailleur(se) du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateur de drogues par voie intraveineuse, détenu(e), provenant d'un milieu à haute prévalence de VIH).
 - Il/elle a des comportements à haut risque (partenaires sexuels multiples, pas d'utilisation de préservatifs...).
 - Vient d'une région où la prévalence du VIH est élevée (>1%)
- **Faible risque d'être infecté par le VIH si :**

Le patient source vient d'une région où la prévalence du VIH est faible, ses antécédents médicaux n'indiquent aucun facteur de risque d'infection par le VIH et l'examen clinique ne révèle aucun signe ou symptôme d'infection aiguë, de maladie liée au VIH ou de sida.

6. Décision de donner un traitement post-exposition contre le VIH

Les personnes suivantes sont considérées comme n'étant pas à risque et ne sont donc pas éligibles au TPE :

- La personne exposée est déjà séropositive.
- Le patient source est prouvé séronégatif par un test VIH négatif effectué après l'exposition.
- L'exposition est faite à des fluides corporels qui ne sont pas infectieux.

³ <https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-guidelines-on-hiv-testing-services-for-a-changing-epidemic>

Fluides corporels infectieux	Sang ou tout autre liquide, tissu ou autre matière taché de sang ; sécrétions vaginales ou per-éjaculat pénien et sperme ; liquide provenant de toute cavité corporelle tel que les liquides pleural, péricardique, amniotique, péritonéal, synovial et cérébrospinal ; tout autre liquide, excrétion ou sécrétion visiblement taché de sang ; lait maternel.
Fluides non-infectieux	Salive, urine, selles, vomissements, larmes, expectoration, sueur (non tachée de sang)

TABLEAU 1 EVALUATION DU RISQUE VIH APRES L'AES ET INDICATIONS POUR LE TPE

Type d'exposition	Statut VIH de la source			
	Positif	Inconnu*	Négatif Risque élevé**	Négatif Faible risque
Exposition percutanée à des fluides infectieux	TPE	TPE	TPE	Pas de TPE
Exposition des muqueuses à des fluides infectieux	TPE	TPE	TPE	Pas de TPE
Exposition des muqueuses à des fluides non infectieux	Pas de TPE	Pas de TPE	Pas de TPE	Pas de TPE
Exposition de la peau intacte à tout liquide	Pas de TPE	Pas de TPE	Pas de TPE	Pas de TPE

* Par exemple, examen clinique indéterminé ou personne source non présente.

** La source fait partie d'un groupe à haut risque (par exemple, travailleur du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateur de drogues injectables, comportement sexuel à haut risque) ou provient d'un pays où la prévalence du VIH est >1%.

Il est indispensable que la personne exposée soit suivie médicalement qu'elle suive ou non le traitement (chapitres 10 et 11). En cas de doute sur la nécessité d'un TPE, commencer le TPE et consulter **un spécialiste du VIH ou les contacts de santé du personnel (voir annexe 3)**.

7. Régimes de traitement post-exposition (TPE) contre le VIH

Commencez le TPE dans les 4 heures suivant un AES et impérativement avant 72 heures. Ne PAS retarder l'initiation du TPE pour effectuer des tests sanguins ou en raison de l'indisponibilité d'un laboratoire. Un traitement après 72 heures peut être envisagé en cas d'exposition massive - une situation qui nécessite l'avis d'un spécialiste du VIH (chapitre 13).

Le patient source n'a jamais été sous traitement antirétroviral (TAR).

[Tenofovir 300 mg/Lamivudine 300 mg/Dolutegravir 50 mg⁴] 1 comprimé 1x/jour pendant 28 jours

La combinaison à dose fixe (ADF) de **tenofovir/lamivudine/dolutegravir (TDF/3TC/DTG ou TLD)** a une barrière génétique élevée, une faible charge de pilules (1 comprimé/jour), et une excellente tolérance et sécurité (bien meilleure que les autres options TPE).

Patient source déjà exposé au TAR

Si les antécédents médicaux du patient source sont disponibles, examinez avec précaution tous les médicaments antirétroviraux reçus dans le passé et l'efficacité du TAR actuel (charge virale). Examinez tous les génotypes antérieurs pour détecter une résistance à tout médicament antirétroviral. Si une résistance est présente à un moment donné, ou s'il existe des antécédents d'échec thérapeutique, le ou les médicaments ARV concernés ne doivent pas être utilisés.

- S'il n'y a pas d'antécédents d'échec thérapeutique ou de résistance génotypique au ténofovir ou au dolutégravir, ou si le patient source a une charge virale indétectable récente (<1 mois) sous ténofovir/lamivudine/dolutégravir, prescrire la combinaison TLD pendant 28 jours :

[TDF 300 mg + 3TC 300 mg + DTG 50 mg] ADF, un comprimé 1x/jour pendant 28 jours

- Si les antécédents médicaux ne sont pas clairs ou ne sont pas disponibles, si l'historique du traitement ARV est difficile, long ou impossible à obtenir, si l'observance est incertaine ou si la charge virale est inconnue, le TPE doit contenir au moins un médicament que le patient n'a jamais reçu. Dans ce cas, nous ajoutons du darunavir/ritonavir (DRV/r, un ARV utilisé en 3^e ligne TAR) au TLD :

[TDF 300 mg + 3TC 300 mg + DTG 50 mg] ADF, 1 comprimé 1x/jour, ET

[Darunavir 400 mg 2 compr. (ou 800 mg 1 compr.) + ritonavir 100 mg 1 compr.] 1x/jour à prendre avec un repas⁵

Ce traitement peut être simplifié en fonction de l'historique du traitement ARV du patient et de son efficacité lorsqu'elle devient disponible (charge virale).

Posologies alternatives

Si TLD n'est pas disponible ou contre-indiqué, les alternatives suivantes sont recommandées.

⁴ Actuellement, le régime de première ligne le plus prescrit.

⁵ Une formulation DRV/ritonavir ADF sera bientôt disponible: DRV/r 400/50, 2cp en 1 fois/jour

- Si le TDF n'est pas disponible ou s'il y a une fonction rénale anormale connue et que le taux d'Hb est > 8mg/dl, remplacez TLD par

[Zidovudine (AZT) 300mg + Lamivudine (3TC) 150 mg] 1 comprimé 2x/jour + DTG 50 mg 1x comprimé/jour

- Si le DTG n'est pas disponible, le remplacer par :
 - [Atazanavir 300mg + ritonavir 100mg (ATV/r)] 1 compr. 1x/jour, OU
 - [Lopinavir 200mg + ritonavir 50mg (LPV/r)] 2 compr. 2x/jour, OU
 - [Darunavir 400 mg 2 compr. (ou 800 mg 1 compr.) + ritonavir 100 mg 1 compr.] 1x/jour à prendre avec un repas

Contre-indications

La zidovudine (AZT) peut provoquer une anémie grave et ne doit pas être utilisée si l'Hb < 8 mg/dL. Le ténofovir est contre-indiqué chez les personnes souffrant d'insuffisance rénale si la clairance de la créatinine est < 30 ml/min. Il existe un risque potentiel très faible d'anomalies du tube neural chez les embryons de moins de 8 semaines lorsque le dolutégravir est pris au moment de la conception. Vérifiez qu'aucune grossesse précoce n'est pas en cours. Si c'est le cas, expliquez les risques et proposez l'option d'un autre traitement (par exemple [TDF/3TC + DRV/r] 1x/jour). Toutes les femmes en âge de procréer se verront proposer une contraception jusqu'à l'obtention du statut sérologique final.

Effets secondaires et interactions médicamenteuses

Les effets secondaires possibles se manifestent principalement au début du traitement et peuvent inclure la fatigue, l'insomnie, les nausées et la diarrhée. La personne qui prend le traitement doit être informée que ces effets peuvent survenir et **doit être informée de l'importance de ne pas manquer de doses et dissuadée d'arrêter le traitement** car la plupart des effets secondaires sont légers et transitoires, bien que susceptibles d'être inconfortables.

La zidovudine (AZT) peut provoquer une anémie, une leucopénie et une thrombocytopénie graves. Surveiller l'hémoglobine et contacter le spécialiste du VIH en cas de baisse de l'Hb. L'AZT peut également provoquer des nausées, des vomissements, de la fatigue, des maux de tête.

La combinaison TLD est généralement très bien tolérée. Occasionnellement, des nausées, des diarrhées, de la fatigue ou des insomnies peuvent survenir.

Le DRV/r peut provoquer des nausées, des diarrhées, des maux de tête, rarement une éruption cutanée médicamenteuse grave ou une hépatite. Conseiller aux patients de contacter immédiatement le médecin prescripteur en cas d'éruption cutanée. La prudence est recommandée pour les personnes présentant une allergie connue aux sulfamides. Surveiller les tests de la fonction hépatique, en particulier si le patient souffre déjà d'une maladie du foie.

Des antiémétiques (par exemple métoprolamide ou dimenhhydrinate) peuvent être prescrits en cas de nausées ou de vomissements.

L'achèvement de 28 jours de TPE sans doses manquantes est essentiel pour l'efficacité de le TPE.

Conseillez au patient de contacter immédiatement le médecin si les effets secondaires deviennent graves et difficiles à tolérer.

Renseignez-vous toujours sur les médicaments actuels du patient exposé et vérifiez les interactions médicamenteuses. Consultez un spécialiste du VIH si le patient exposé prend des médicaments ayant des interactions importantes avec le TPE.

La rifampicine réduit significativement les taux de lopinavir/ritonavir (LPV/r), d'atazanavir (ATV) et de dolutégravir (DTG). Le darunavir est contre-indiqué avec la rifampicine. Si la personne exposée est sous rifampicine, augmenter la dose de LPV/r, doubler la dose de dolutégravir (DTG) à 50 mg deux fois par jour et ne pas utiliser d'ATV ou de DRV.

Conditions de gestion du TPE sur le terrain

Un TPE avec traitement antirétroviral doit être disponible sur chaque site clinique où MSF opère, afin que le TPE puisse être mise en place le plus rapidement possible après l'exposition.

Le traitement peut être effectué sur le terrain si les conditions requises pour le suivi de la personne exposée sont disponibles :

- Il y a un médecin sur place qui peut superviser le traitement et le suivi ;
- La personne exposée et le médecin conviennent que c'est la meilleure approche ;
- Les tests de laboratoire pour le VIH (y compris les tests de confirmation), le VHC et le VHB sont effectués dans les 8 jours et à 6 et 12 semaines après l'exposition (chapitre 11). Chaque mission doit donc déterminer si les tests sont disponibles au niveau local ou régional. Cela est également nécessaire à des fins d'assurance.
- Dans la mesure du possible, la créatinine sérique et les tests de la fonction hépatique (ALAT) doivent être mesurés au début du traitement. Les ALAT seront répétés en cas de risque d'hépatite. Cela n'est pas absolument nécessaire si un bon suivi clinique est assuré.

Il est de la responsabilité du coordinateur médical d'évaluer si les conditions nécessaires sont réunies avant d'autoriser la poursuite de le TPE sur le terrain, d'assurer un stock tampon de kits TPE et de remplacer les kits périmés et/ou consommés.

Le TPE chez l'enfant

Toute exposition sexuelle chez les enfants est une violence sexuelle. Consultez le **protocole médical de MSF pour la prise en charge des violences sexuelles.**

Dans les rares cas d'exposition accidentelle à du sang ou à des fluides corporels chez les enfants (par exemple, coupures avec des aiguilles contaminées ou sang sur des plaies ouvertes), les mêmes principes que pour les adultes s'appliquent. Cependant, le TPE chez les enfants est compliqué car les formulations pédiatriques des ARV ne sont pas toujours disponibles. **Contactez votre référent VIH pour discuter des meilleures options. Les dosages en fonction du poids figurent à l'annexe 1.**

AZT + 3TC + DTG est la **posologie privilégiée** pour le TPE relative au VIH chez les enfants, avec l'ajout du DRV/r pour les mêmes indications que chez les adultes. Comme les préparations pédiatriques ne seront pas toujours disponibles, considérez les alternatives ci-dessous.

ABC + 3TC or TDF + 3TC (ou FTC) peuvent être utilisées comme alternatives à AZT + 3TC.

ATV/r, DRV/r, LPV/r et RAL peuvent être utilisées comme alternatives à DTG.

Le TDF et l'ATV/r sont contre-indiqués chez les enfants <30 kg.

L'ABC doit être évité si possible, car il existe un faible risque de réactions d'hypersensibilité graves.

8. Mesures post-exposition contre l'hépatite B et C

Hépatite B

Tout le personnel médical de MSF doit être vacciné contre le virus de l'hépatite B (chapitre 3).

Le sang contient les titres de VHB les plus élevés de tous les fluides corporels et constitue le principal vecteur de transmission dans les établissements de soins de santé. L'AgHBs est également présent dans plusieurs autres fluides corporels (notamment le lait maternel, la bile, le liquide céphalorachidien, les fèces, les lavages nasopharyngés, la salive, le sperme, la sueur et le liquide synovial) qui ne sont pas des vecteurs de transmission efficaces car ils contiennent de faibles quantités de VHB infectieux, malgré la présence de l'AgHBs.

Il a été démontré que le VHB peut survivre dans du sang séché à température ambiante sur des surfaces environnementales pendant au moins 1 semaine.

Bien que les blessures percutanées comptent parmi les modes les plus efficaces de transmission du VHB, ces expositions ne représentent probablement qu'une minorité des infections par le VHB parmi le personnel. Dans plusieurs enquêtes sur des épidémies d'hépatite B nosocomiales, la plupart des membres du personnel de santé infectés ne se souvenaient pas d'une blessure percutanée manifeste⁶.

Le risque de contracter le VHB lors d'une exposition percutanée est d'environ 30 % si la source est atteinte de VHB chronique. L'utilisation d'un traitement post-exposition avec le vaccin contre l'hépatite B et/ou des immunoglobulines (HBIG) peut réduire la transmission du VHB de 70 à 90 % lorsqu'elle est administrée dans les 12 à 24 heures suivant une exposition.

La vaccination contre l'hépatite B post-exposition doit être initiée (1^{ère} dose) pour toutes les personnes à risque d'exposition, quel que soit leur historique de vaccination contre l'hépatite B, et ne doit pas être retardée dans l'attente des résultats de la sérologie de l'hépatite B (si disponible).

Si la preuve d'un titre Ab protecteur (Anti HBs >10 UI/ml) n'est pas disponible, prélever un échantillon de sang (de la personne exposée) pour les anticorps de surface de l'hépatite B (anti-HBs), les anticorps de base de l'hépatite B (anti-HBc) et l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) dès que possible après l'exposition. Si les résultats de la prise de sang montrent des Ab protecteurs (Anti HBs >10 UI/ml), la gestion lors des contrôles ultérieurs peut être adaptée selon les recommandations (voir tableau 2).

⁶ <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm>

TABLEAU 2 EVALUATION DU RISQUE D'HEPATITE B APRES L'AES ET INDICATIONS POUR LE TPE

		Statut vaccinal de la personne exposée				
		Entièrement vaccinée (avec documentation)			Partiellement vaccinée (avec documentation)	Non vaccinée / statut vaccinal non documenté
		Anti-HBs >10 UI/ml	Anti-HBs <10 UI/ml ^a	Anti-HBs inconnu		
Statut AgHBs de la source	AgHBs négatif	Pas d'intervention	Vaccination complète ^b	1 dose de rappel*	Vaccination complète ^c	Vaccination complète ^b
	AgHBs positif ou inconnu	Pas d'intervention	Vaccination à calendrier rapide ^{*e} Immunoglobulines ^d	Vaccination à calendrier rapide ^{*e} Immunoglobulines ^d	Vaccination à calendrier rapide ^{*e} Immunoglobulines ^d	Vaccination à calendrier rapide ^{*e} Immunoglobulines ^d

a. Non-répondeur au vaccin contre le VHB ; b. Prévoir un calendrier de 3 doses : jour 0, 1 mois, 6 mois ; c. Reprendre le calendrier de vaccination afin de compléter les trois doses (jour 0, 1 mois, 6 mois). d. Donner 1 dose d'immunoglobuline contre l'hépatite B (100 UI) avec la première dose de vaccin et dans un endroit séparé ; e. Vaccination à calendrier rapide : jour 0, 7, 21 jours et 12 mois. * Si les résultats de l'échantillon sanguin, lorsqu'il est disponible, montrent un Ab protecteur (Anti HBs >10 UI/ml), il n'est pas nécessaire d'administrer des doses supplémentaires de vaccin lors des visites de suivi.

Note : Dans le cas où la source est AgHBs positive ou inconnue et que la personne exposée dispose d'un document attestant d'une vaccination à 3 doses **mais d'un titre anti-HBs inconnu**, l'administration d'immunoglobuline peut être retardée de quelques heures si les résultats sanguins peuvent être disponibles le jour même.

Si la personne exposée est séropositive, l'antigène du vaccin contre l'hépatite B doit être doublé (20 à 40 mcgr par dose) pour améliorer la réponse immunologique, surtout si les CD4 sont faibles.

Le personnel vacciné selon le calendrier rapide doit recevoir une dose à 12 mois. Sans cette 4ème dose, l'immunité durable ne peut être assurée (0, 7, 21 jours et 1 an).

Si la vaccination ou une dose de rappel a été administrée parce que le titre d'anti-HBs était inconnu ou <10 UI/ml, le test sérologique doit être effectué 4 à 8 semaines après la dernière dose du vaccin. Le suivi n'est pas nécessaire si la personne exposée est immunisée (anti-HBs >10 UI/ml).

Hépatite C

Il n'y a pas de traitement prophylactique ni de vaccin mais il existe un traitement efficace de l'hépatite C. En cas de séroconversion au virus de l'hépatite C, effectuer une virémie VHC. Le traitement du VHC sera commencé si la virémie

de plus de 3-6 mois. Les antiviraux à action directe (AAD) peuvent être commencés sur le terrain. Contacter le département médical.

9. Conseil

Les études sur le TPE font état d'observance assez faible à la prophylaxie dans toutes les populations, mais en particulier chez les adolescents et après une agression sexuelle. Lors d'un entretien confidentiel avec la personne exposée, les points suivants doivent être abordés :

- La gestion de l'anxiété doit toujours être prise au sérieux et peut nécessiter plus d'une séance de conseil.
- La prescription du TPE dépend de l'exposition et du statut VIH du patient source.
- Expliquer que le risque, même en cas d'exposition importante, reste très faible si le TPE est pris correctement et à temps. Le risque moyen de transmission du VIH après une exposition percutané est très faible (0,3%) et le TPE réduit encore considérablement ce risque de transmission du VIH (réduction du risque estimée >80%).
- Le TPE est plus efficace lorsque :
 - o Il commence moins de 4 heures après l'AES ;
 - o Aucune dose d'ARV n'est omise ;
 - o Le programme complet de 28 jours est achevé ;
 - o La personne exposée ne se livre pas à des activités à haut risque (rapports sexuels non protégés, UDI, etc.)
- Expliquer les médicaments, leurs effets secondaires et le calendrier du processus dans le futur. Les effets secondaires peuvent provoquer une certaine gêne, mais ils sont généralement légers et transitoires et ne doivent pas conduire à l'arrêt du TPE. Les effets secondaires graves sont très rares (hépatite, éruption cutanée grave) et peuvent être détectés par un examen clinique ou des tests de laboratoire. Encourager le patient à revenir si les effets secondaires sont ingérables, plutôt que d'arrêter le médicament.
- La personne exposée doit utiliser des préservatifs pendant les 3 mois qui suivent l'AES pour protéger ses partenaires d'une éventuelle infection.
- Pour des raisons d'assurance, il est fortement recommandé d'effectuer des tests sanguins dans les 8 jours suivant l'exposition. Il s'agit d'une exigence médico-légale pour confirmer qu'une éventuelle séroconversion est due à l'accident de travail, et elle est nécessaire pour l'indemnisation. Il est essentiel que le calendrier de surveillance sérologique soit respecté.
- Les résultats de laboratoire doivent être conservés par la personne exposée et dans le dossier médical.

Une fiche d'information sur le TPE et le suivi après tout AES (voir annexe 6) est remise à la personne exposée.

Le conseil et le dépistage doivent également être proposés au patient source, surtout si le statut VIH, VHB ou VHC est inconnu.

10. Suivi d'une personne exposée

Que le traitement TPE ait été commencé ou non, il est important de mettre en place un suivi médical afin d'encourager l'observance au traitement, de surveiller les éventuels effets secondaires ou les infections liées au VIH, VHB, VHC (voir tableau 3). Cela comprend le suivi clinique et les tests de laboratoire. **Il s'agit d'une obligation médico-légale d'effectuer des tests sanguins dans les 8 jours suivant l'exposition accidentelle, puis à 6 et 12 semaines, pour confirmer qu'une éventuelle séroconversion est due à l'exposition professionnelle. Il est essentiel que le calendrier de surveillance sérologique soit respecté.**

Contrôle en laboratoire⁶

	TPE prescrit	Pas de TPE prescrit ³
Jours 1 – 7¹	VIH² & VHC - test rapide ou sérologie ; VHB: Si anti-HBs <10 UI/ml ou inconnu, faire un test d'anti-HBs, anti-HBc et l'HBsAg dès que possible après l'exposition. Clairance de la créatinine ⁴ , test de grossesse ALAT si sous DRV/r ou ATV/r ; Hb si sous AZT	VIH² & VHC - test rapide ou sérologie ;
Jour 14	Clairance de la créatinine ⁴ ; ALAT si sous DRV/r	
Semaine 6	VIH⁵ ; VHC ARN si source VHC ARN+ ALAT si sous DRV/r ou ATV/r ; Hb si sous AZT	VIH
Mois 3	VIH² & VHC - test rapide ou sérologie ; Le titre anti-HBs doit être vérifié 4 à 8 semaines après la dernière dose de vaccin. AgHBs si non immunisé au départ.	VIH² & VHC - test rapide ou sérologie ; AgHBs si non immunisé au départ.

Anti-HBs : anticorps de surface de l'hépatite B ; Anti-HBc : anticorps de base de l'hépatite B ; AgHBs : antigène de surface de l'hépatite B

1. Les tests entre D0 et D7 sont obligatoires pour que l'accident soit reconnu comme professionnel et pour les assurances. **Seuls les tests en gras sont absolument nécessaires.** Si les autres tests ne sont pas disponibles, il est acceptable de gérer le TPE sans les faire.

2. Suivre les directives de MSF/OMS⁷. La confirmation de la séropositivité exige trois tests rapides positifs différents.

3. Le suivi sérologique du VHB n'est pas nécessaire si la personne est immunisée contre le VHB (Anti HBs >10 UI/ml). Le titre anti-HBs doit être contrôlé et documenté 8 semaines après la dernière dose de vaccin.

4. Le TDF provoque rarement une insuffisance rénale. Si la créatinine n'est pas disponible, une surveillance clinique est acceptable.

5. Le test VIH effectué à 6 semaines - s'il est négatif - peut rassurer la personne exposée. Cependant, il ne garantit pas totalement l'absence de séroconversion future, notamment chez les personnes sous prophylaxie ARV où la réponse immunitaire peut être différée.

6. Des tests rapides pour le VIH, le VHB et le VHC doivent être disponibles dans chaque projet. Si les tests rapides ne peuvent être réalisés localement (VIH, VHC, AgHBs), le sang coagulé peut être envoyé à un laboratoire de référence en respectant la chaîne du froid (4-8 C).

Assurer au niveau de la capitale quels tests peuvent être effectués et où (si dans différents laboratoires, prélever plusieurs tubes).

Suivi clinique

- **Suivi clinique de la tolérance au TPE :** revoir le patient après 8 jours et 1 mois.
- **Suivi clinique des signes de séroconversion :**

Que le TPE soit prescrit ou non, dans les semaines qui suivent un AES, la personne exposée doit être surveillée pour détecter les signes et symptômes d'une infection aiguë par le VIH : fièvre aiguë, lymphadénopathie généralisée, éruption cutanée, pharyngite, symptômes grippaux non spécifiques et ulcères de la bouche ou la région génitale. Ces symptômes apparaissent chez 50 à 70 % des personnes ayant une primo-infection par le VIH et presque toujours dans les 3 à 6 semaines suivant l'exposition.

⁷ <https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-guidelines-on-hiv-testing-services-for-a-changing-epidemic>

La personne exposée doit également être surveillée pour détecter des signes d'hépatite B (si elle n'a pas été vaccinée contre le VHB) ou d'hépatite C. Les taux de transaminase peuvent être utiles à cet effet.

- **Soins psychologiques et soutien émotionnel :**

Un AES et la prescription d'un TPE peuvent provoquer une grande anxiété chez la personne concernée. Le médecin doit assurer un soutien psychologique et émotionnel par une écoute active et des contrôles réguliers. Le rapatriement doit être proposé au personnel expatrié ayant reçu un nouveau diagnostic de VIH, VHB ou VHC.

- **Aide à l'observance**

Il peut être difficile de suivre un programme complet de TPE ; il faut encourager et soutenir la personne exposée afin de maximiser l'observance. Le TLD et le TLD+DRV/r ont montré qu'ils présentaient les meilleurs taux d'observance en raison de leur bonne tolérance et de leur dosage en une prise/jour.

11. Exposition sexuelle au sang ou à des fluides corporels et violence sexuelle

Le risque de transmission du VIH après un seul rapport sexuel non protégé est faible mais réel et de la même ampleur que le risque après une exposition percutanée. Un TPE pourrait être proposé après une évaluation des risques.

La violence sexuelle, y compris le viol, présentent un risque plus élevé de transmission du VIH et des IST en raison des lésions traumatiques des muqueuses génitales. Consultez les directives détaillées dans le **Protocole médical de prise en charge des violences sexuelles 2020 de MSF**.

En cas de relations sexuelles non protégées ou de déchirure/glissement de préservatif, le risque de transmission du VIH doit être évalué en fonction du statut de la source (VIH, VHB et IST), du type d'exposition et du type de fluides. Le risque de transmission est le plus élevé lors de rapports anaux réceptifs, suivis de rapports vaginaux réceptifs, puis de rapports vaginaux insertifs. Le risque est très faible lors de rapports sexuels oraux. Les fluides infectieux comprennent le sperme, les sécrétions vaginales et le sang. Les lésions des muqueuses, les inflammations et les infections sexuellement transmissibles augmentent le risque de transmission du VIH et du VHB. Le TPE doit être proposée au cas par cas et doit être conforme aux mesures et procédures d'un AES. D'autres régimes prophylactiques peuvent également être proposés (contraception post-coïtale et traitement présomptif des IST). Si ces expositions sont récurrentes, discuter des risques et des modes de prévention.

TPE en cas d'exposition sexuelle ou de viol :

a. Il convient d'appliquer les mêmes mesures et procédures que pour la **provision de TPE** après un AES. Le rapatriement ou l'orientation vers un centre spécialisé est fortement recommandé. Le soutien psychologique après des violences sexuelles est de la plus haute importance.

b. Fournir une contraception d'urgence dans les 120 heures suivant l'exposition sexuelle : **Levonorgestrel 1.5 mg 1 comprimé**.

c. D'autres infections sexuellement transmissibles (IST) peuvent être transmises à la suite d'un viol et le traitement des IST peut également être indiqué (immédiatement ou quelques jours après le TPE et la contraception post-coïtale pour éviter les effets secondaires gastro-intestinaux additifs).

Tableau 3. Traitement prophylactique des IST pour les adultes et les adolescents > 45 kg

Gonorrhée	Ceftriaxone 250 mg IM stat OU cefixime 400 mg PO stat (2 nd choix)
Chlamydia, syphilis et chancre	Azithromycine 2 g PO stat
Trichomonase	Tinidazole 2 g PO stat OU Metronidazole 2 g PO stat (2 nd choix)

12. Procédures administratives

LA CONFIDENTIALITÉ doit être respectée lors de la notification d'un AES, même en cas d'urgence et de situations stressantes. Cela s'applique à tout le monde sur le terrain, dans la capitale et au HQ. Pour garantir la confidentialité lorsque les formulaires sont envoyés par courrier électronique : inscrivez "Confidentiel" dans la ligne d'objet, puis dans les options du message, cochez "haute importance", puis "confirmer la livraison", "haute priorité de livraison" et "accusé de réception".

Après les premiers soins, l'AES doit être signalé par la personne exposée au médecin responsable du TPE du projet afin de prendre une décision médicale le plus rapidement possible. Le médecin doit ensuite signaler l'accident au coordinateur médical du pays qui informera le responsable du TPE au HQ.

Dans chaque cas d'exposition accidentelle au sang, que le TPE ait été prescrit ou non, il y a un certain nombre de formulaires administratifs à remplir. L'AES est un accident du travail et donne à la personne exposée des avantages spécifiques dans la plupart des systèmes de protection sociale et via les propres assurances de MSF. Pour obtenir ces prestations, l'accident doit être déclaré officiellement dans un délai très court.

Se référer aux annexes pour une description détaillée des procédures et formulaires administratifs.

13. Aspects financiers

Comme pour toutes les questions médicales, il faut respecter la CONFIDENTIALITÉ dans le traitement administratif des remboursements.

- Les frais de rapatriement ou d'orientation vers un centre spécialisé sont pris en charge par MSF ou couverts par l'assurance. Cela inclut le coût du traitement, des tests, etc. La personne exposée est alors considérée comme étant en congé de maladie.

- Pour le personnel international, les frais encourus sur le terrain et une fois de retour au pays seront payés directement par le membre du personnel et remboursés par la sécurité sociale et/ou l'assurance (comme pour tous les autres frais de santé). **OCP** : pour le remboursement de tous les frais en suspens, le membre du personnel international doit contacter la GRH en charge des questions d'assurance au département des ressources humaines (Elsa Fibleuil, HRA : +33 (0)1 40 21 27 87, e-mail : elsa.fibleuil@paris.msf.org).

- Pour le personnel national, le paiement des coûts sera organisé selon le système en place dans le projet. Cependant, il est recommandé que tous les coûts non couverts par ces politiques et assurances soient pris en charge par MSF.

Il est particulièrement important de faire preuve de souplesse dans le traitement de ce type d'accident du travail, car ils sont souvent source de stress considérable pour les personnes concernées. Dans tous les cas, les frais non couverts par le système de sécurité sociale ou par l'assurance, seront pris en charge par MSF.

14. Approvisionnement

Disponibilité et commande des kits TPE

Deux kits TPE contenant chacun 28 jours d'ARV disponibles dans chaque site clinique et dans le bureau du projet/de la coordination. Le coordinateur au niveau de la capitale doit envoyer un kit TPE de remplacement sur le terrain au cas où une autre AES se produirait ou que les médicaments du kit seraient périmés.

Ces kits ([KMEDMTPE03- MODULE, TPE, post exposure prophylaxis 2021](#)) contiennent les directives sur le traitement post-exposition après une exposition accidentelle au sang ou à des fluides corporels contaminés et les médicaments antirétroviraux suivants :

- DORATELD1TPEP : 30 comprimés de Tenofovir 300 mg/Lamivudine 300 mg/Dolutegravir 50 mg
- DORATELA1T- : 30 comprimés de Tenofovir 300 mg/Lamivudine 300 mg
- DORADARU4T- : 60 comprimés de Darunavir 400 mg (or 30 comprimés de 800 mg) à renforcer par
- DORARITO1T2 : 30 comprimés de Ritonavir 100 mg

Une quantité suffisante d'ARV doit être conservée dans le stock central pour réapprovisionner le kit de terrain après utilisation.

Les projets et missions peuvent commander le KIT TPE avec le code : [KMEDMTPE03- MODULE, TPE, Prophylaxie post exposition 2021](#). Pour l'approvisionnement ultérieur, il est recommandé d'inclure la commande d'ARV dans la commande internationale standard ; il est aussi recommandé que les équipes s'assurent qu'il existe un stock tampon comme pour tout autre médicament.

Dans les pays où il existe un projet de lutte contre le VIH/SIDA, le module de médicaments ne peut être prélevé sur le projet que si les sources sont pré-qualifiées par l'OMS. **OCP** : Dans les pays qui ne peuvent pas importer de médicaments ARV, les commandes doivent clairement préciser "à envoyer par le casier départ du HQ de Paris". Dans ce cas, aucun médicament générique ne sera fourni.

Les immunoglobulines contre l'hépatite B doivent être accessibles dans chaque projet, soit stockées par MSF [code DVACIMHB1V- - IMMUNOGLOBULINE HUMAINE HEPATITE B, 180 IU/ml, 1ml, flacon] ou par un fournisseur externe (par exemple une clinique privée). Les immunoglobulines sont chères et doivent être stockées à 8 degrés Celsius, ce qui nécessite une chaîne du froid pour leur transport. Il est donc préférable de faire appel à un fournisseur externe, si la qualité du stockage et de la chaîne du froid peut être vérifiée.

Gestion des stocks

Les médicaments ont une durée de vie de deux ans. Ils doivent être conservés à température ambiante (entre 2 et 30° C) dans un endroit sec et à l'abri de la lumière directe. Les coordinateurs médicaux sont chargés de superviser la gestion des stocks et doivent surveiller les dates de péremption et les conditions de stockage.

15. Références

1. Cardo D.M., Culver D.H., Ciesielski CA. et al. A case control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure. (Une étude cas-témoin de la séroconversion du VIH chez les travailleurs de la santé après une exposition percutanée.) N Engl J Med, 337: 1485-1490, 1997.

2. Lignes directrices actualisées du Service de santé publique des États-Unis pour la gestion des expositions professionnelles au virus de l'immunodéficience humaine et recommandations pour la traitement post-exposition. 2013. <https://www.jstor.org/stable/pdf/10.1086/672271.pdf?refreqid=excelsior%3A082000002f139772660aa71dcff6308e>
3. Rapport Morlat 2019 : Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant (mise à jour septembre 2017) https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf
4. WHO 2018. Mise à jour des recommandations sur les régimes antirétroviraux de première et deuxième lignes et la traitement post-exposition, ainsi que des recommandations sur le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson. Supplement to the 2016 consolidated guideline. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277395/WHO-CDS-HIV-18.51-eng.pdf?ua=1>

16. Annexes

Annexe 1 Dosage des ARV pour le TPE en fonction du poids

Dosages TPE VIH pour les adultes, les enfants et les adolescents > 30 kg ⁸					
Posologie préférée			Posologies alternatives		
Médicament	Dose	Fréquence	Médicament	Dose	Fréquence
Tenofovir (TDF)/ lamivudine (3TC) ⁹	300 mg/ 300 mg	1 comprimé 1x par jour	Zidovudine (AZT) ¹⁰ / lamivudine (3TC)	300 mg/ 150 mg	1 comprimé 2x par jour
<i>ET</i>			<i>ET</i>		
Dolutegravir (DTG)	50 mg	1 comprimé 1x par jour	Atazanavir (ATV)/ritonavir (r)	300 mg/ 100 mg	1 comprimé 1x par jour
			<i>ou</i>		
			Lopinavir (LPV)/ ritonavir(r)	200 mg/ 50 mg	2 comprimés 2x par jour
			<i>ou</i>		
			Darunavir (DRV)/ritonavir (r)	DRV 400 mg + RTV 100 mg	(2 comprimés de DRV + 1 comprimé de RTV) 1x par jour
			<i>ou</i>		
			Raltegravir (RAL)	400 mg	1 comprimé 2x par jour

⁸ Enfants >30kg devraient recevoir la combinaison **TLD**: Tenofovir (TDF), Lamivudine (3TC) et Dolutegravir (DTG)

⁹ Tenofovir (TDF)/lamivudine (3TC)/dolutegravir (DTG) peut être proposé sous forme de combinaison à dose fixe ou en comprimés séparés. Les combinaisons à dose fixe sont préférables pour améliorer l'observance.

¹⁰ L'AZT est contre-indiqué chez les enfants souffrant d'anémie. Dans ce cas, envisager une prise en charge individualisée du régime (les options pourraient inclure par exemple : DTG-3TC).

Dosages TPE VIH pour les enfants entre 20 et 30 kg									
Posologie préférée					Posologies alternatives				
	20-24.9 kg		25-30 kg			20-24.9 kg		25-30 kg	
Médicament	Dose	Fréquence	Dose	Fréquence	Médicament	Dose	Fréquence	Dose	Fréquence
Zidovudine/ lamivudine (AZT/3TC)	Comprimé dispersible 60/30 mg	3 comprimés 2x par jour	300/150 mg	1 comprimé 2x par jour	Abacavir (ABC)/ lamivudine (3TC) ¹¹	Comprimé dispersible 120/60 mg	1,5 comprimé 2x par jour	600/300 mg	0,5 comprimé 2x par jour
						Comprimé dispersible 60/30 mg	3 comprimés 2x par jour		
ET					ET				
Dolutegravir (DTG)	50 mg	1 comprimé 1x par jour	50 mg	1 comprimé 1x par jour	Atazanavir (ATV)/ ritonavir (r)	capsules ATV 200 mg + r comprimés 100 mg	1 comprimé ATV + 1 comprimé r une fois par jour	300/100 mg	1 comprimé 1x par jour
					OU				
					Lopinavir (LPV)/ ritonavir (r)	Comprimé 100/25 mg	2 comprimés 2x par jour	100/25 mg	3 comprimés 2x par jour
Tablet 200/50 mg	1 comprimé 2x par jour	200/50 mg	2 comprimés le matin, 1 comprimé le soir						
	Pastilles ou granulés 40/10 mg	6 pastilles ou granulés deux fois	-	-					

						par jour		
					Sirop 80/20 mg/ml	3 mL 2x par jour	-	-
OU								
					Darunavir (DRV)/ ritonavir (r)	DRV 75 mg + r 25 mg	5 comprimés DRV et 2 comprimés r deux fois par jour	400 mg/ 100 mg (1 comprimé DRV + 1 comprimé r) 2x par jour
OU								
					Raltegravir (RAL)	Comprimés à mâcher 25mg	6 comprimés deux fois par jour	comprimés de 400 mg 1 comprimé 2x par jour

¹¹ Il n'y a pas d'expérience sur l'utilisation d'ABC chez les enfants séronégatifs. L'abacavir peut provoquer des réactions d'hypersensibilité potentiellement mortelles chez les personnes porteuses du gène allèle HLA-B*5701. Si l'hypersensibilité peut toucher 3 à 4 % des enfants caucasiens et asiatiques, elle est très rare chez les enfants africains. L'utilisation potentielle de l'ABC dans la posologie TPE bien que contre-indiquée chez les descendants asiatiques et caucasiens, elle pourrait être envisagée chez les enfants d'origine africaine. Il faut en discuter avec votre conseiller VIH/TB.

Dosage TPE VIH pour les enfants < 20 kg																			
Posologie préférée										Posologies alternatives									
Médicament	Dose	Nombre de comprimés et fréquence par poids								Médicament	Dose	Nombre de comprimés et fréquence par poids							
		3-5.9 kg		6-9.9 kg		10-13.9 kg		14-19.9 kg				3-5.9 kg		6-9.9 kg		10-13.9 kg		14-19.9 kg	
		☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾			☀	☾	☀	☾	☀	☾	☀	☾
Zidovudine (AZT)/ lamivudine (3TC) ¹³	Comprimé dispersible 60mg/30mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	Abacavir (ABC)/ lamivudine (3TC) ^{12 13}	Comprimé dispersible 120 mg/60mg	0,5	0,5	0,5	1	1	1	1	1,5
ET										ET									
Comprimé dispersible sécable de dolutégravir (DTG DT) ¹⁴	10 mg	0,5 com pr.		1,5 com pr.		2 com pr.		2,5 comp r.		Atazanavir (ATV)/ ritonavir (r) ¹⁵	ATV ¹⁶ capsules 200 mg+ comprimé r 100 mg					1 ATV + 1 r		1 ATV + 1 r	
OU																			
Lopinavir (LPV)/	Pastilles ou granulés 40 mg/10 mg	2	2	3	3	4	4	5	5										
	Comprimé	-	-	-	-	2	1	2	2	10 mg/ml	3 ml		3 ml		5 ml				

¹² La lamivudine (3TC) et l'emtricitabine (FTC) sont interchangeables.

¹³ Il n'y a pas d'expérience sur l'utilisation de l'ABC chez les enfants séronégatifs et il n'est donc pas recommandé en principe. En outre, l'abacavir peut provoquer des réactions d'hypersensibilité potentiellement mortelles chez les personnes porteuses du gène allèle HLA-B*5701. Si l'hypersensibilité peut toucher 3 à 4 % des enfants caucasiens et asiatiques, elle est très rare chez les enfants africains. L'utilisation potentielle de l'ABC dans la posologie TPE bien que contre-indiquée chez les descendants asiatiques et caucasiens, elle pourrait être envisagée chez les enfants d'origine africaine. Il faut en discuter avec votre conseiller VIH/TB.

¹⁴ Les comprimés dispersibles sécables génériques DTG devraient être disponibles dans le courant de l'année 2021.

¹⁵ L'utilisation de l'atazanavir (ATV) n'est autorisée que chez les enfants de 3 mois et plus. Les capsules d'atazanavir (ATV) à concentration unique doivent être administrées avec le RTV 100 mg pour toutes les tranches de poids. La formulation en poudre d'atazanavir (ATV) est peu disponible dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, mais elle permet d'administrer l'atazanavir (ATV) aux nourrissons et aux enfants dès l'âge de 3 mois. Les nourrissons et les enfants de 5 à 15 kg doivent recevoir 200 mg d'atazanavir (ATV) en poudre (4 sachets, 50 mg/ sachet) avec 80 mg de ritonavir (RTV) en solution buvable (1 ml). (OMS, décembre 2018. Directives provisoires. Recommandations actualisées sur les posologies antirétrovirales de première et de deuxième intention et le traitement post-exposition, et recommandations sur le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson)

¹⁶ Atazanavir (ATV)/ritonavir (r) peut être administré en combinaisons multiples de ATV 100 mg, ATV 200 mg, ritonavir (RTV) 25 mg et ritonavir (RTV) 50 mg, tant que les bons dosages sont administrés.

ritonavir (r) ¹⁷	100 mg/25 mg									Raltegravir (RAL)	(granulés oraux 100 mg/sachet)			
	200 mg/50 mg	-	-	-	-			1	1					

¹⁷ Lopinavir (LPV)/ ritonavir (r), Atazanavir (ATV)/ritonavir (r) ou Raltegravir (RAL) doit être modifié en Dolutegravir (DTG) dès que possible le DTG DT 10 mg devient disponible.

Annexe 2 : précautions standards à prendre lors des soins de santé

Les précautions standard sont destinées à prévenir l'exposition du personnel médical et des patients aux agents pathogènes transmissibles par le sang. Elles doivent être observées pour tout ce qui concerne le sang et les liquides organiques de tous les patients, quel que soit leur niveau d'infection.

Ces précautions standards comprennent :

- Utilisation correcte des protections destinées à éviter le contact direct avec le sang et les fluides corporels (gants, masques, tabliers, lunettes et bottes) ;
- Manipulation et élimination sécurisées des déchets tranchants : ne jamais recapuchonner les aiguilles, utiliser des conteneurs à aiguilles pour les bords tranchants / coupants ;
- Décontamination des instruments ;
- Se laver les mains après toute intervention médicale ;
- Lors d'une coupure ou d'une éraflure accidentelle, couvrez et protégez la blessure ;
- Manipulation et élimination en toute sécurité des objets tranchants.

Pour plus de détails, voir :

1. Bouvet E et al. *Politique de prévention des AES*, en : *Accident d'exposition au VIH. Bases scientifiques et recommandations pour la prise en charge*, Bash éditions médicales, 1999.
2. CDC. *Perspective in disease prevention and health promotion update: Universal precautions for prevention of transmission of VIH, VHB and other blood-borne pathogens in health-care settings*, MMWR 37;377-88. 1988.
3. Actualisation des précautions standard. 2017. SF2H. Risques infectieux et soins. https://sf2h.net/wp-content/uploads/2017/06/HY_XXV_PS_versionSF2H.pdf

Annexe 3 : procédures administratives après un AES

Tous les OCs

Pour des raisons médico-légales et d'assurance, tout AES d'un personnel national ou international doit être notifié comme accident de travail le plus rapidement possible après l'exposition, que le TPE soit prescrit ou non.

Un **formulaire de notification** confidentiel est à remplir par le médecin responsable du TPE.

- Personnel international (expatrié) : le **formulaire de notification** doit être envoyé au HQ, et **une copie** remise à la personne exposée et une **autre copie** conservée par le Medco dans le dossier médical du personnel.
- Personnel national : le **formulaire de notification** doit être envoyé au coordinateur médical et conservé dans le dossier médical du personnel, et **une copie** remise à la personne exposée.

Les procédures varient selon les centres opérationnels et les sections contractantes, mais la plupart des compagnies d'assurance doivent être informées d'un accident du travail dans les 48 à 72 heures, que le TPE ait été déclenché ou non.

La personne exposée doit recevoir la fiche d'information relative au traitement et au suivi médical après l'AES (Annexe 4). Il est du devoir du médecin responsable de la santé du personnel d'en expliquer le contenu et de s'assurer que **la personne exposée comprend parfaitement l'importance du suivi médical, y compris les tests à effectuer après l'accident, puis à 6 et 12 semaines.** Les résultats des tests seront conservés confidentiellement dans le dossier médical et une copie conservée par le personnel exposé.

Si le TPE a été recommandé, un formulaire de consentement/refus éclairé doit être rempli et signé par la personne exposée et contresigné par le médecin.

La personne exposée peut être dans l'incapacité de travailler les premiers jours (par exemple en raison de l'anxiété ou des effets secondaires du TPE) et a droit à un congé de maladie si nécessaire. Il en va de même pour tout événement médical survenant pendant la période de suivi. Dans ce cas, un certificat médical doit être signé par le médecin responsable de la santé du personnel, conformément aux procédures médicales et RH habituelles. Le HRCO doit veiller à ce que le suivi administratif (par exemple, l'assurance, le remboursement des soins médicaux, etc.) du personnel national et international encore en mission soit pris en charge.

À la fin de la mission et/ou de l'emploi, le membre du personnel recevra les formulaires originaux du Medco ainsi que son dossier médical complet.

OCP

Lorsque l'accident implique un personnel international (expatrié), une copie identifiée (nom) du formulaire de notification doit être envoyé le plus rapidement possible au département RH (Elsa Fibleuil: elsa.fibleuil@paris.msf.org; +33 1 40 21 27 87). L'original est remis à la personne exposée.

Lorsque l'accident implique un personnel national, une copie identifiée doit être envoyée au MedCo, qui se mettra en contact avec la finco dans les plus brefs délais afin d'entamer le processus de notification à l'assurance locale. L'original est remis à la personne exposée.

Dans les deux cas, une copie du formulaire de notification est envoyée à l'unité de santé du personnel de l'OCP (Paris-sante-focalpoint@paris.msf.org; +33 1 40 21 27 67)

Pour le personnel international (expatrié), quelle que soit sa nationalité, contactez TOUJOURS la personne en charge des questions d'assurance au département des ressources humaines, soit par e-mail, soit par téléphone (Elsa Fibleuil). Si Elsa est absente, informez une autre personne de son équipe qui évaluera l'urgence de la transmission des documents administratifs. Indiquez le prénom et le nom de la personne impliquée dans l'accident, ainsi que sa date de naissance, la date, l'heure et le lieu de l'accident et le nom du médecin qui signe le certificat médical AES. Aucune

autre information médicale n'est requise à ce stade. Cette information doit être reçue dans les 48 heures afin que les notifications nécessaires puissent être faites en temps utile.

Pour le personnel international, envoyer le formulaire éclairé/consenti à Elsa Fibleuil (HRA) dans une enveloppe scellée portant la mention "confidentiel". Pour le personnel national une copie doit être conservée par le coordinateur médical du pays dans le dossier médical personnel du personnel.

Tous les OCs

Le personnel exposé (national ou international) doit se rendre immédiatement chez un médecin de terrain. Le médecin doit contacter immédiatement le coordinateur médical par e-mail ou par téléphone ; il l'aidera à évaluer le degré d'urgence. Tous les documents administratifs relatifs aux accidents du travail doivent être disponibles sur le terrain et doivent être remplis, que le TPE ait été initié ou non (le nom, le prénom et la date de naissance de la personne exposée, ainsi que la date, l'heure et le lieu de l'accident doivent être fournis par le terrain). Le nom du médecin qui signe le certificat médical de l'AES est également requis. Aucune autre information médicale n'est requise à ce stade.

La compagnie d'assurance doit être informée de tout incident impliquant un expatrié salarié afin qu'un dossier puisse être ouvert dans les 48 à 72 heures suivant l'accident. C'est pourquoi l'accident doit être signalé par e-mail à l'Unité du Personnel de Santé dès que possible. Assurer le suivi sérologique de la personne exposée sur le terrain avant le 8ème jour, au 3ème mois et au 6ème mois.

Le responsable médical du site du projet doit immédiatement informer le MedCo, qui informe ensuite l'Unité de Santé du Personnel (SHU - Staff Health Unit) à Amsterdam, Barcelone, Bruxelles ou Genève. Des scans du formulaire de notification de l'AES (annexe 6) et du formulaire de refus/consentement au traitement TPE (annexe 5) doivent être envoyés au SHU, tant pour le personnel international que national.

Refus de le TPE : si l'on a conseillé à la personne exposée (personnel national ou international) de commencer le TPE mais qu'elle refuse, elle doit signer un formulaire de refus (annexe 5).

Une copie des deux documents doit être conservé par la personne concernée

En cas de retour à domicile de la personne, le suivi sera assuré par la SHU.

Unités de santé du personnel:

- OCA: staffhealthunit.physical@amsterdam.msf.org; +31 20 520 8700
- OCB: staffhealthunit@brussels.msf.org; +32 2 474 75 51
- OCBA: staffhealth@barcelona.msf.org; +34 68 129 0560
- OCG: Staff-Health.GVA@geneva.msf.org; +41 22 849 8967
- OCP: Paris-sante-focalpoint@paris.msf.org **+33 1 40 21 27 67**

Le médecin a évalué qu'il existe un risque de transmission du VIH et/ou de l'hépatite B à la suite de cet accident et que vous devriez commencer un TPE avec des médicaments antirétroviraux et/ou une vaccination contre l'hépatite B et/ou des immunoglobulines, si vous êtes d'accord.

Informations clés sur le TPE :

- Le TPE doit être commencé dès que possible, de préférence dans les 4 heures suivant l'AES (maximum 72 heures).
- Le risque de séroconversion au VIH après une AES est faible. L'administration du TPE réduit considérablement ce risque. Une étude a montré que l'administration d'un seul médicament ARV réduisait le risque de séroconversion de 79%. Le TPE avec un triple traitement ART réduit encore plus le risque.
- Le TPE VIH peut provoquer des effets secondaires mineurs, notamment des nausées, des maux de tête, de la fatigue, des malaises. Si ceux-ci apparaissent, parlez-en à votre médecin.
- Le TPE VIH doit être prise régulièrement une fois par jour pendant quatre semaines ;
- Le TPE VIH doit s'accompagner de contrôles médicaux réguliers (voir ci-dessous) ;

La vaccination contre l'hépatite B protège efficacement contre l'acquisition de l'hépatite B pour la plupart des gens.

Pour s'assurer que vous êtes correctement protégé, il est important de mesurer le taux d'anticorps contre l'hépatite B après la vaccination.

La vaccination complète nécessite 3 doses, aux mois 0, 2 et 6.

Si vous êtes exposé à l'hépatite et que vous n'êtes pas vacciné (ou que vous n'êtes pas immunisé), une vaccination rapide en 4 doses est nécessaire (au jour 0, 7, 21 et à 12 mois).

Le risque de transmission est encore réduit par l'utilisation d'immunoglobulines.

- Vous devez utiliser des préservatifs jusqu'à ce que les résultats de la sérologie de 12 semaines soient connus ;
- Vous devez utiliser une méthode de contraception efficace jusqu'à ce que les résultats de la sérologie de 12 semaines soient connus ;
- Nécessite votre consentement.

Il n'existe pas de traitement préventif de l'hépatite C. En revanche, il existe un traitement très efficace.

Des tests sanguins pour le VIH, l'hépatite B et C, ainsi que la fonction hépatique et rénale sont indiqués aux semaines 0, 1, 2, 6 et 12, selon les circonstances.

Annexe 5 : Formulaire de consentement/refus éclairé du TPE

Lorsque le TPE a été conseillé, ce formulaire doit être rempli et signé par la personne exposée, et signé par le médecin responsable du TPE sur le terrain. Il doit être envoyé à l'unité de santé du personnel (SHU) ou à la personne responsable au siège ou à la coordination pour le personnel national et international. Une copie doit être remise à la personne exposée.

Nom et prénom de la personne exposée :

Date de naissance : Sexe :

Date de l'accident :

Je, soussigné,, déclare par la présente que :

- J'ai été informé(e) et je comprends le risque d'infection, les mesures préventives et les procédures à suivre après une exposition accidentelle à des fluides corporels ou à du sang (AES), ainsi que l'efficacité et les effets secondaires d'un traitement prophylactique.
- On m'a proposé un traitement prophylactique (TPE) contre le VIH et (veuillez choisir en conséquence) :

Je m'engage à suivre le TPE pour une période totale d'un mois

Je suis d'accord et accepte un contrôle médical

J'ai décidé de ne pas le suivre

- On m'a proposé un traitement pour prévenir l'hépatite B et (veuillez choisir en conséquence) :

J'accepte de suivre les rappels prophylactiques, une vaccination rapide et/ou des immunoglobulines

J'accepte un contrôle médical

J'ai décidé de ne pas les suivre

- On m'a proposé un traitement pour toute autre maladie (veuillez préciser) :

J'accepte de suivre ce traitement prophylactique et j'accepte le contrôle médical

J'ai décidé de ne pas le suivre

Date : ...

Nom et signature de la personne exposée :

Nom et signature du médecin responsable :

Annexe 6 : formulaire de notification d'une AES (confidentiel)

Date :...../...../..... Pays: Projet:

Nom et prénom de la personne exposée (en lettre capitales).....

Date de naissance: Âge: M / F

Personnel: **sous contrat MSF**: national ou international (veuillez préciser la section contractante) :.....

HQ Visiteur Consultant Autre :.....

Contrat non MSF (veuillez spécifier) :

Profil (entourez le mot approprié) :

- Médecin : médecin généraliste - chirurgien - gynécologue - anesthésiste - autre : ...
- Paramédical : infirmier - sage-femme - autre : ...
- Agent de nettoyage - personnel de blanchisserie - agent de stérilisation - Watsan (eau assainissement hygiène) - logisticien
- Technicien de laboratoire
- Autre (spécifiez).....

Date et heure de l'accident :

Exposition :

- Sang
- Autre fluide corporel contenant du sang (veuillez préciser) :
- Autre fluide corporel ne contenant pas de sang (veuillez préciser) :
- Si vous ne le savez pas, veuillez expliquer pourquoi.....

Type d'exposition:

- Blessure par piqûre d'aiguille
- Coupure avec un instrument souillé
- Éclaboussures dans l'œil ou les yeux
- Éclaboussures dans la bouche
- Éclaboussures sur la peau avec plaie
- Éclaboussures sur la peau sans plaie
- Contact sexuel non protégé
- Autre type d'exposition

Activité précise au moment où l'accident s'est produit :

- Injection IV, IM ou SC
- Prélèvement d'échantillons de sang ou d'autres fluides corporels contaminés par du sang
- Manipulation de sang ou de fluides corporels infectieux
- Mise en place d'un cathéter veineux périphérique
- Suture
- Pendant une intervention chirurgicale (par exemple, coupure, ponction, éclaboussure...)
- Pendant une intervention obstétricale
- Aspiration des voies respiratoires supérieures (nez, bouche, gorge, bronches)
- Manipulation du linge souillé
- Manipulation d'instruments médicaux ou chirurgicaux souillés
- Manipulation des déchets
- Autres :

Décrire les circonstances de l'accident (par exemple, comment et pourquoi cela s'est-il produit ?) :

.....
.....
Description de la blessure :
.....
.....

Si l'accident a impliqué une aiguille, précisez aiguille creuse aiguille pleine Taille :

Equipement de protection pendant l'accident :

- Une paire de gants
- Double paire de gants
- Masque
- Lunettes de protection
- Tablier
- Chaussures fermées/bottes

Mesures prises immédiatement après l'accident

- Rinçage à l'eau
- Nettoyage à l'eau et au savon
- Désinfection avec
- Aucun
- Si autre, veuillez préciser :

Y avait-il une tierce personne responsable de l'accident ? Oui Non Inconnu

Si oui, décrivez les faits (circonstances + nom, prénom et adresse de la personne)
.....
.....

État de santé du patient source :

Le patient est identifié Oui Non

Patient d'un groupe à haut risque (travailleur du sexe, consommateur de drogues injectables...) Oui Non Inconnu

Paramètre de prévalence sérologique élevée du VIH > 1% ? Oui Non Inconnu

Statut VIH du patient source Positif Négatif Inconnu Date du dernier test VIH :

L'évaluation clinique du patient source révèle une suspicion ou la présence d'une infection par le VIH dans les six derniers mois ou plus ? Oui Non Inconnu

Si le statut sérologique est connu - posologie actuelle, charge virale, etc :
.....
.....

Le statut sérologique de l'hépatite B du patient source est Positif Négatif Inconnu

Le statut sérologique de l'hépatite C du patient source est Positif Négatif Inconnu

L'évaluation clinique et/ou les tests diagnostiques révèlent d'autres maladies transmissibles pertinentes ? Oui : Non

Statut médical de la personne exposée avant l'exposition :

Test VIH effectué avant l'exposition Oui Non Inconnu Date & résultat du dernier test :

Test d'hép. C effectué avant l'exposition Oui Non Inconnu Date & résultat du dernier test :
 Test d'hép. B effectué avant l'exposition Oui Non Inconnu Date & résultat du dernier test :

Statut immunitaire VHB de la personne exposée, de la personne source et de l'intervention (entourer tout ce qui convient) :

		Statut vaccinal de la personne exposée				
		Entièrement vaccinée (avec documentation)			Partiellement vaccinée (avec documentation)	Non vaccinée / statut vaccinal non documenté
		Anti-HBs >10 UI/ml	Anti-HBs <10 UI/ml	Anti-HBs inconnu		
Statut AgHBs de la source	AgHBs négatif	Pas d'intervention	Vaccination complète	1 dose de rappel	Vaccination complète	Vaccination complète
	AgHBs positif ou inconnu	Pas d'intervention	Vaccination à calendrier rapide Immunoglobulines	Vaccination à calendrier rapide Immunoglobulines	Vaccination à calendrier rapide Immunoglobulines	Vaccination à calendrier rapide Immunoglobulines

Remarques :

Immunoglobuline HB administrée : Oui - Non

Traitement post-exposition :

Traitement post-exposition au VIH (TPE VIH) :
 Conseillée Oui Non
 Prescrite Oui Non
 Acceptée par la personne exposée Oui Non

Type de TPE VIH prescrite : médicamentmg.....fois/jour
 médicamentmg.....fois/jour
 médicamentmg.....fois/jour

Temps écoulé entre l'accident et le début de le TPE VIH
 < 4h entre 4 et 24h entre 24 et 48h plus (spécifier) :

Une vaccination de suivi et/ou un résultat de titre sont nécessaires (si oui, préciser) :

Le cas échéant, autre vaccination ou traitement post-exposition administrée : oui non
 (Si oui, préciser) par exemple le tétanos :

Tests post-exposition conseillés (plus d'informations dans la directive)

	TPE donnée	Pas de TPE administrée
Jour 1 – 7	Test rapide ou sérologie VIH et VHC; VHB : Si anti-HBs <10 UI/ml ou inconnu, faire un test d'anti-HBs, anti-HBc et l'AgHBs dès que possible après l'exposition. Clairance de la créatinine ⁴ , test de grossesse ALAT si sous DRV/r ou ATV/r ; Hb si sous AZT	Test rapide ou sérologie VIH et VHC;
Jour 14	Clairance de la créatinine ; ALAT si sous DRV/r	
Semaine 6	VIH ; VHC RNA si source VHC RNA+; ALAT si sous DRV/r ou ATV/r ; Hb si sous AZT	VIH
Mois 3	Test rapide ou sérologie VIH et VHC;	Test rapide ou sérologie VIH et VHC; AgHBs si non immunisé au départ

	Le titre anti-HBs doit être vérifié 4 à 8 semaines après la dernière dose de vaccin ; AgHBs si non immunisé au départ.	
--	---	--

Seuls les tests en gras sont absolument nécessaires. Si les autres tests ne sont pas disponibles, il est acceptable de gérer le TPE sans les faire. Les résultats originaux doivent être conservés dans le dossier médical. Remettez une copie des résultats à la personne exposée.

Chaque fois que les tests s'avèrent positifs pour le VIH, le VHB ou le VHC :

Pour le personnel international, veuillez contacter l'Unité de Santé du Personnel (SHU) MSF-OC

Pour le personnel national, veuillez contacter le coordinateur médical pour un suivi supplémentaire selon les politiques nationales.

Congé maladie conseillé ? Oui Non Si oui, nombre de jours.....

Évacuation médicale ou rapatriement conseillé/pris: Oui Non

Information :

La personne exposée

- A reçu la fiche d'information sur le traitement et le suivi après un AES (annexe 1)
- A signé le formulaire de consentement/refus du traitement TPE (annexe 2)

Autre remarque:.....

.....

Date :

Lieu :

Nom du médecin en lettres majuscules :

Signature du médecin :

Annexe 7 : coordonnées

Signaler dès que possible tout AES au personnel de santé responsable du projet. Cette personne doit immédiatement informer le responsable de la santé du personnel dans le pays, qui doit immédiatement informer le responsable de la santé du personnel au niveau du HQ. Tout AES doit être notifié dans les 72 heures pour des raisons d'assurance.

OCA: Unité de santé du personnel (Staff Health Unit)

Staffhealthunit.physical@amsterdam.msf.org

+31 20 520 8700

OCG: Unité de santé du personnel (Staff Health Unit)

Staff-Health.GVA@geneva.msf.org

+41 22 849 8967

OCB: Unité de santé du personnel (Staff Health Unit)

Staffhealthunit@brussels.msf.org

+32 2 474 75 51

OCBA: Unité de santé du personnel (Staff Health Unit)

Staffhealth@barcelona.msf.org

+34 68 129 0560

OCP: Unité de santé du personnel (Staff Health Unit)

Paris-sante-focalpoint@paris.msf.org +33 1 40 21 27 67

OCP ; Contact assurance : Elsa Fibleuil, coordinateur des ressources humaines terrain

elsa.fibleuil@paris.msf.org

+33 1 40 21 27 87

Pour un conseil médical sur la décision de commencer une TPE, sur la gestion de l'AES, ou la gestion de le TPE, vous pouvez contacter notre Unité de santé du personnel (Staff Health Unit) ou pour **OCP: Elisabeth Szumilin** : Elisabeth.Szumilin@paris.msf.org (+33 1 40 212 824), **Suna Balkan** : Suna.Balkan@paris.msf.org (+33 1 40 212 912), le chef du département médical (+33 1 40 212 765) ou **Pr Olivier Bouchaud** (+33 1 48 955 421; +33 662 327 796; olivier.bouchaud@aphp.fr).