



COMITE DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE

GUIDE DE PRISE EN CHARGE DES Accidents d'Exposition au Sang/Sexuelle (AES) Chez l'adulte et l'enfant

Les accidents d'exposition à un risque Sanguin/sexuel (AES) suite à un contact sexuel, au sang ou autre liquide biologique nécessitent une évaluation médicale en urgence afin de réduire le risque de transmission du VIH et de l'hépatite B, de décider de l'indication d'un éventuel traitement antirétroviral post-exposition (TPE) et/ou d'une sérovaccination anti-hépatite B.

Vous trouverez dans ce document tous les éléments pour une optimisation de la prise en charge immédiate des AES professionnels et non professionnels ainsi que les modalités de suivi.

Chacun des établissements de soins concernés pourra s'approprier cette proposition en fonction de sa logistique interne.

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

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH – Recommandations du groupe d'experts, Rapport 2019 sous la direction du Professeur Philippe MORLAT. <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>

SOMMAIRE

Correspondants VIH et AES à La Réunion et à Mayotte :	page 3
Schéma conduite à tenir en cas d'AES :	page 4
Accident d'exposition sanguin :	page 5
Evaluation de la situation à risque vis-à-vis du VIH :	page 6
Exposition au virus de l'hépatite B et C : prophylaxie :.....	page 7
Cas particulier d'accident de travail :	page 8
Accident d'exposition Sexuelle :	page 10
Dépistage du patient source :	page 10
Evaluation de la situation à risque vis-à-vis du VIH :	page 10
Exposition au virus de l'hépatite B : prophylaxie :	page 11
Exposition au virus de l'hépatite C :	page 12
Pilule du lendemain, prévention des autres IST :	page 12
Tableau suivi des accidents d'exposition :	page 13
Tableau suivi biologique en cas d'exposition au sang en Pédiatrie (tableau 9) :	page 14
Fiche de prise en charge accident d'exposition sexuelle:	page 15
Fiche de prise en charge accident d'exposition Sang/Liquide biologique :	page 17
Tableau indication TPE après exposition sexuelle :	page 19
Tableau indication de TPE après exposition au sang :	page 19
Tableau indication de TPE après partage de matériel d'injection :	page 20
Evaluation du risque chez l'enfant et l'adolescent :	page 21
Indication d'une prophylaxie par ARV chez l'enfant à la suite d'un d'accident d'exposition :	page 22
Modalités de prescription du TPE :	page 23
Chez l'adulte :	page 23
Chez la femme enceinte :	page 24
Chez l'enfant :	page 24
Tableau suivi des accidents d'exposition :	page 26
Tableau suivi biologique en cas d'exposition au sang en pédiatrie :	page 27
Fiche statut sérologique de la personne source :	page 28
Glossaire :	page 29
Participants au groupe de travail :	page 30

CORRESPONDANTS A LA REUNION ET A MAYOTTE

CENTRE HOSPITALIER	PRATICIENS REFERENTS VIH	PRATICIENS REFERENTS AES	Service de Santé au Travail CHU/GHER/CHMAYOTTE
CHU Félix Guyon Saint-Denis	Dr Marie-Pierre MOITON Service de Maladies Infectieuses et Tropicales 0262 90 55 60	Dr Roland. RODET CeGIDD Nord-Est 0262 90 55 69	Dr Stéphane DORAY Dr Séverine PUCCINELLI Service de Santé au Travail 0262 90 51 25
CHU site GHSR Saint-Pierre	Dr Patrice POUBEAU Service de Maladies Infectieuses et Tropicales 0262 35 91 65	Dr Antoine BERTOLOTTI CeGIDD Sud 0262 35 96 10	Dr Etienne PERRAULT Service de Santé au Travail 0262 35 90 39
CHOR Saint-Paul		Dr Emmanuelle THORE CEPS/CeGIDD Ouest 29 rue Labourdonnais 97460 Saint-Paul 0262 74 23 80	Dr Vincent MALARDE Service de Santé au Travail 11, rue de l'Hôpital 97460 Saint-Paul 02 62 42 54 20
GHER Saint-Benoit			Dr Séverine PUCCINELLI Service de Santé au Travail 0262 98 80 48
CH Mayotte Mamoudzou	PRATICIENS VIH Service de Médecines Infectieuses Dr Abdoulaye DIALLO Dr Mohamadou NIANG 0269 61 80 00 Secrétaire poste 3828 IDE direct poste 5036	Dr Virginie ROUQUETTE CeGIDD Dispensaire Jacaranda 1 ^{er} étage 97600 MAMOUDZOU Ouvert de 7h – 14h du lundi au vendredi 0269 61 84 73 AES non professionnel et agression sexuelle > 72 h	Médecin du travail Service de Santé au Travail Rue de l'Hôpital MAMOUDZOU 0269 62 89 39 ou 3830

Conduite à tenir en cas d'AES

Deux situations clairement distinctes :

Soit :

AES > 48 H

Suivi sérologique seul
Selon protocoles en fonction de l'AES*

*Sauf situation particulièrement à risque : adresser au spécialiste (*déficit immunitaire en anticorps...*)

Soit :

AES < 48 H

ou

Adresser le plus tôt possible et avant 48 heures dans un service d'Urgences ou un service prenant en charge l'infection VIH :

CeGIDD : en journée, aux heures ouvrables

- CHU Félix Guyon CeGIDD Nord-Est : 0262 90 55 69
- CHU GHSR CeGIDD Sud : 0262 35 96 10
- CHOR : 1^{er} accueil aux Urgences, avis CEGIDD possible pour les professionnels au 0262 74 23 80 de 8h30 à 17 h
- CH Mayotte : Urgences : 0269 61 80 00 demander les Urgences

Service des Urgences : week-end, nuit et jours fériés

- Nord : CHU Félix Guyon Urgences : 0262 90 57 32
- Sud : CHU GHSR Urgences : week-end de 8h30 à 18h30 : 0262 35 90 00 DECT 59512/59510 nuit et jours fériés : 0262 35 90 00 poste 5 5041/5 5040
- Ouest : CHOR Urgences : 0262 74 21 00
- Est : GHER : 0262 98 88 84 IOA / 0262 98 88 86
- CH Mayotte : Urgences : 0269 61 80 00 demander les Urgences

**Evaluation initiale en consultation de ville
Indication de TPE ?**

oui

non

Suivi sérologique selon protocoles

ACCIDENT D'EXPOSITION SANGUIN

1. DESINFECTION IMMEDIATE

□ Exposition percutanée :

- Ne **PAS** faire saigner ; nettoyage immédiat de la plaie à l'eau et au savon
- Rinçage
- Antisepsie par **dérivés chlorés** (Dakin ou eau de javel à 12° chl. diluée à 1/10^e) ou **polyvidone iodée** en solution dermique ou à défaut alcool à 70°. En cas de patient suspect ou atteint de maladie de Creutzfeldt-Jakob, la solution de Dakin n'est pas assez concentrée : utiliser l'eau de javel à 2.6% prête à l'emploi. Une sensation douloureuse doit conduire à l'arrêt de la désinfection et à un rinçage à l'eau.

Désinfection durant au moins 5 minutes

□ Projections muqueuses :

- Rinçage immédiat et prolongé au sérum physiologique ou à l'eau.

2. DEPISTAGE DU PATIENT SOURCE :

- ✓ Idéalement, la personne source se présente au laboratoire hospitalier ou de ville.
- ✓ Le plus souvent la personne source ne peut se déplacer, c'est alors le professionnel de santé victime qui doit amener les tubes avec le consentement éclairé et signé de la personne source.
- ✓ Pour les professionnels libéraux ou travaillant dans un établissement médical sans laboratoire biologique, si en possession des tubes du patient source correctement étiquetés avec le consentement, se rendre durant les heures/jours ouvrables qui suit l'AES au CeGIDD Nord ou Sud pour La Réunion, au service des Maladies Infectieuses du CHM pour Mayotte (tube à conserver au réfrigérateur jusqu'à 48 h).
- ✓ En cas de long week-end de 3 jours, joindre les urgences hospitalières, qui joindront l'infectiologue de garde pour la conduite à tenir concernant le prélèvement du patient source.

En fonction du statut connu ou non de la personne source, les examens à réaliser sont :

- **Statut inconnu** : dépistage sérologique avec son accord : VIH + VHC + VHB + Ag HBS AchBc.
- **Si le patient source est connu pour être infecté par le VIH** : prélever d'emblée ARN VIH (ou charge virale), sans faire de sérologie VIH. Dans ce cas, il est préférable d'appeler le Laboratoire de Virologie préalablement. Les sérologies VHC et VHB sont prélevées.
- **Si le patient source est connu pour avoir une sérologie VHC positive** : prélever d'emblée ARN VHC. Dans ce cas, il est préférable d'appeler le laboratoire de Virologie préalablement. Les sérologies VIH et VHB doivent également être prélevées.

Accord du patient source :

- **Le prélèvement nécessite l'accord du patient source**, à l'exception des situations médicales justifiant d'un traitement post-exposition (TPE), où le patient ne peut répondre à une proposition de test (coma, perte de conscience, bloc opératoire) et dans la mesure où il n'a pas exprimé antérieurement une opposition à la réalisation de ce test.

- **Si le patient source ne peut donner son accord** (patient incapable), c'est son représentant légal ou une autorité ou une personne ou une instance désignée par la loi, dont le nom figure dans le dossier de la personne qui doit donner l'accord.

3. ÉVALUATION DE LA SITUATION A RISQUE VIS-A-VIS DU VIH

☐ CHEZ L'ADULTE

Le patient source est dépistable et présent :

TROD en urgence ou plus rarement sérologie faite rapidement avec la possibilité d'obtenir un résultat idéalement dans les 4 heures suivant l'AES. Si les résultats ne peuvent être obtenus rapidement, revenir au cas du patient source non dépistable. Tableau 2 et 3 (p.19/20)



: le TROD ne donne une information que sur le statut virologique d'un patient contaminé depuis plus de 6 semaines, mais ils sont homologués pour une réponse fiable à 3 mois.

- Résultat négatif : pas de surveillance sauf si risque de primo infection chez le patient source (prise de risque élevée dans les 6 semaines précédentes)
- Résultat positif : contacter le médecin référent du patient si celui-ci est traité pour le VIH

Les personnes prises en charge aux urgences doivent être réévaluées dans les 48 h, par un CeGIDD ou un infectiologue.

Le patient source n'est pas dépistable :

Voir tableaux 2 et 3 (p.19/20)

Si vous estimez que le sujet source a eu des conduites à risque dans les semaines précédant l'AES (partenaires sexuels multiples, acte sexuel sous l'emprise de substances psychoactives, etc...), le TROD VIH (Test Rapide d'Orientation Diagnostique = test rapide) ou la sérologie VIH réalisée en urgence peuvent être faussement négatifs (fenêtre sérologique du test : 3 mois pour le TROD et 6 semaines pour la sérologie VIH) : le risque reste alors élevé et peut justifier d'un traitement prophylactique du sujet exposé.

CH Mayotte

- Le service de maladies infectieuses prend en charge les AES professionnels dans les heures ouvrables, et les urgences dans les heures non ouvrables.
Les personnes prises en charge aux urgences doivent être réévaluées dans les 48 h si la prise en charge a eu lieu aux urgences
- Pour les personnes ayant eu un AES avec un patient connu et suivi en Maladies Infectieuses, appeler la garde de médecine pour avis sur le choix du traitement anti rétroviral

☐ CHEZ L'ENFANT (moins de 15 ans)

A La Réunion, exposition accidentelle à du sang : évaluation spécifique dans le service des Maladies Infectieuses en journée, aux Urgences la nuit, avec appel de l'infectiologue d'astreinte du CHU (y compris pour le CHOR) la nuit si nécessaire.

A Mayotte, exposition accidentelle à du sang : évaluation dans le service de Pédiatrie ou de Néonatalogie, avec avis du pédiatre référent AES (Dr Soumeth ABASSE)

4. EXPOSITION AU VIRUS DE L'HEPATITE B : PROPHYLAXIE

- **Sujet exposé, vacciné répondeur** (Ac HBs > 10 UI/ml ou anti HBs > 100 mUI/ml dans les antécédents) : aucune surveillance biologique
Pour les 3 CeGIDD les résultats inter CeGIDD sont à récupérer auprès du secrétariat du CeGIDD
- **Indication de la sérovaccination VHB**

	EXPOSITION SEXUELLE ou SANGUINE	
	Statut VHB (Ag HBs) de la personne source	
	Positif	Inconnu
Sujet exposé		
Vacciné répondeur (Anti HBs > 10 mUI/ml ou anti HBs > 100 mUI/ml dans les antécédents)	rien	rien
Vacciné non répondeur (Anti HBs < 10 mUI/ml sans anti HBc ni notion d'anti HBs > 100 mUI/ml dans le passé)	Immunoglobulines*	rien**
Non vaccinés	Immunoglobulines* + vaccin	vaccin**

* L'administration d'immunoglobulines n'est pas nécessaire si absence de virémie VHB (ADN VHB indétectable) chez la personne source et utilisation de ténofovir en TPE

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

- **Vaccination anti-VHB** dans les 72 heures (voire jusqu'à une semaine après) :
 - 20 µg IM (deltoïde) à J0, M1, M6 (il est préférable de contrôler les Ac HBs 1 mois après la dernière injection et de discuter d'éventuels rappels en cas de réponse vaccinale insuffisante).
 - OU rarement alternative 20 µg en Schéma rapide accéléré JO J7 J21, si nécessité d'acquérir en urgence l'immunité (personne partant dans un pays de forte endémie, incarcération, entourage d'une personne venant d'être découverte infectée...). Dans ce cas, bien signifier à la personne qu'elle doit faire un rappel vaccinal à un an.
- **Immunoglobulines (Ig) spécifiques** dans les 72 heures (voire jusqu'à une semaine après) :
 - **Immunoglobulines** humaines anti-hépatite B 500 UI en IM en milieu hospitalier (Ig et vaccin sur deux sites différents)
 - Surveillance après injection (possible réaction d'hypersensibilité). 30 mn

5. EXPOSITION AU VIRUS DE L'HEPATITE C (EXPOSITION SANGUINE OU SEXUELLE TRAUMATIQUE)

Il n'y a pas de traitement prophylactique d'urgence.

Mais un diagnostic d'hépatite C aiguë peut conduire à un traitement précoce de cette infection (cf suivi biologique).

6. CAS PARTICULIER D'ACCIDENT DE TRAVAIL (DANS LES 48 H)

Dans tous les cas, en cas d'AES professionnel, établir un certificat médical initial + certificat d'accident de travail.

- Document de **Déclaration d'accident de travail** accompagnée du **Certificat médical initial**

Certificat médical initial descriptif décrivant l'accident, précisant le caractère potentiellement contaminant de cet accident, la nature du liquide biologique contaminant, le site de l'exposition, les moyens de protection de l'agent accidenté (gants, lunettes...) en respectant l'anonymat du Patient Source.

Les deux documents doivent être envoyés ensemble :

- à la CPAM si professionnel libéral
- au RH dans les établissements de santé et dans les EMS
- à l'assurance privée souscrit
- Personnel du BTP : SISTBI (bâtiment) et Intermétra pour les autres travailleurs privés et quelques collectivités territoriales

Le suivi des AES des infirmiers libéraux se fait au CeGIDD du secteur d'activité jusqu'au certificat de guérison.

Patient ayant besoin d'un traitement post exposition : suivi au CeGIDD

Patient n'ayant pas besoin d'un traitement post exposition : suivi en Médecine du Travail avec consultation à S6 et M3.

Les professionnels libéraux ne sont couverts en cas d'accident de travail qu'à la condition d'avoir souscrit de manière volontaire une assurance accident de travail soit auprès de la CPAM soit auprès d'une assurance/prévoyance privée.

Le bilan initial de l'agent accidenté doit être réalisé dans les 7 jours suivant l'accident (ALAT, sérologies VIH, VHC +/- VHB).

CHU Nord

Médecine du travail 0262 90 51 28 / secrétaire : 0262 90 51 25

Urgences 0262 90 57 32 (4 5732)

CeGIDD 0262 90 55 69 (4 5569)

Au CeGIDD en jours ouvrés 8h – 16 h45 : 1^{er} déclaration + courrier envoyé en médecine du travail qui recontacte le personnel pour suivi si nécessaire.

Aux Urgences nuits, jours fériés et weekend : 1^{ère} déclaration. Les Urgences appellent le médecin d'astreinte de Maladies Infectieuses pour avis en cas de situation particulière. Une consultation de contrôle doit avoir lieu en CeGIDD ou dans le service des Maladies Infectieuses dans les 48 h.

CHU GHSR

Médecine du travail 0262 35 90 39

Urgences 0262 35 90 00 poste 5041/5040 (5 5041/5040) ; En week-end de 8h30 à 18h30 : 0262 35 90 00 DECT 59512/59510

Maladies Infectieuses : 0262 35 91 65 (5 9165),

CeGIDD : 0262 35 96 30

Au CeGIDD : en jours ouvrés lundi- vendredi 8h30 – 17h : envoi systématique en médecine du travail, qui recontacte le personnel pour suivi si nécessaire et remettra les ordonnances pour S6 et M3.

Aux Urgences nuits, jours fériés et weekend : 1^{ère} déclaration. Les Urgences appellent le médecin d'astreinte des Maladies Infectieuses pour avis en cas de situation particulière. Une consultation de contrôle doit avoir lieu en CeGIDD ou Maladies Infectieuses dans les 48 h.

CHOR

Médecine du travail : 0262 42 54 20

Urgences : 0262 74 21 00

- Première consultation toujours aux Urgences : J0 + délivrance kit TPE si nécessaire :
Pour les personnes ayant eu un AES avec un patient connu et suivi en Maladies Infectieuses, appeler la garde de médecine pour avis sur le choix du traitement anti rétroviral
- RDV donné au CEPS qui prend le relais du suivi de traitement s'il a été instauré
- La Médecine du Travail s'occupe intégralement de la personne si elle n'a pas de traitement post exposition. Elle reçoit le résultat du bilan J0 prélevé aux Urgences. L'IDE de la Médecine du Travail envoie un courrier à l'agent pour les différents prélèvements S6 et M3 et propose un RDV si besoin, résultats bilan à S6 et M3 et une fois reçu clôture du dossier

GHER

Médecine du Travail : 0262 98 80 48

Urgences : 0262 98 88 84

La première consultation se fait toujours aux Urgences : les agents sont prioritaires car en poste, J0 + kit TPE si nécessaire.

- L'agent dépose l'AT à la DRH qui informe la Médecine du travail. La Médecine du Travail reçoit l'agent pour enquête et lui remet les ordo pour bilan à S6 et M3. Seule la médecine du travail reçoit les bilans, fait un CR et envoie à l'agent puis clôture

TPE : réalisé par le CeGIDD N/E

Cas particulier :

Les étudiants en santé doivent se rapprocher de leur médecine préventive et en l'absence de ce service, leur situation revient à la situation commune et au parcours de soin des personnes victimes d'accidents d'exposition. (Les internes eux sont suivis par la Médecine du Travail de leur établissement)

Mayotte :

Les Urgences appellent le médecin référent des Maladies Infectieuses pour avis.

Référent AES : DR NIANG MOHAMADOU (Standard CHM : 0269 61 80 00 poste 5003, secrétariat poste 3828)

Les résultats de J0 sont récupérés, les RDV à S6 et M3 sont programmés

Médecine du Travail CH Mayotte

L'agent du CHM doit se présenter dans les 48 h qui suivent l'accident d'exposition à la Médecine du Travail (le médecin qui reçoit l'agent doit le lui signifier)

Cas particulier :

Les étudiants en santé sont pris en charge par la Médecine du Travail du CHM

ACCIDENT D'EXPOSITION SEXUELLE

1 DEPISTAGE DU PATIENT SOURCE

- Antécédents : statut VIH, VHB, VHC, IST
- Dépistage sérologique avec son accord : VIH + VHC + VHB + Ag HBS AchBc, sérologie syphilis, PCR chlamydiae et gonocoque (femme < 25 ans, homme < 30 ans ou HSH ou sujet symptomatique)
- Si le patient source est connu pour être infecté par le VIH : prélever d'emblée ARN VIH (ou charge virale), sans faire de sérologie VIH. Dans ce cas, il est préférable d'appeler le laboratoire de virologie préalablement. Les sérologies VHC et VHB doivent également être prélevées.
- Si le patient source est connu pour avoir une sérologie VHC positive : prélever d'emblée l'ARN VHC. Dans ce cas, il est préférable d'appeler le laboratoire de virologie préalablement. Les sérologies VIH et VHB doivent également être prélevées.
 - **Nécessite l'accord du patient source**, à l'exception des situations médicales justifiant d'un traitement post-exposition (TPE), où le patient ne peut répondre à une proposition de test (coma, perte de conscience, bloc opératoire) et dans la mesure où il n'a pas exprimé antérieurement une opposition à la réalisation de ce test.
 - **Si le patient source ne peut donner son accord** (patient incapable), c'est son représentant légal ou une autorité ou une personne ou une instance désignée par la loi, dont le nom figure dans le dossier de la personne qui doit donner l'accord.

2. ÉVALUATION DE LA SITUATION A RISQUE VIS-A-VIS DU VIH

□ CHEZ L'ADULTE

Le patient source est dépistable et présent :

TROD en urgence ou plus rarement sérologie faite rapidement avec la possibilité d'obtenir un résultat idéalement dans les 4 heures suivant l'AES. Si les résultats ne peuvent être obtenus rapidement, revenir au cas du patient source non dépistable. Tableau 2 et 3 (p. 19/20).



: le TROD ne donne une information que sur le statut virologique d'un patient contaminé depuis plus de 6 semaines, mais ces tests sont homologués pour une certitude diagnostique à 3 mois.

- Résultat négatif : pas de surveillance sauf si risque de primo infection chez le patient source. (prise de risque élevé dans les 6 semaines précédentes)
- Positif : contacter le médecin référent.
Les personnes prises en charge aux urgences doivent être réévaluées dans les 48 h si la prise en charge a eu lieu aux urgences

Si vous estimez que le sujet source a eu des conduites à risque dans les semaines précédant l'AES (partenaires sexuels multiples, acte sexuel sous l'emprise de substances psychoactives, etc...), le TROD VIH (Test Rapide d'Orientation Diagnostique = test rapide) ou la sérologie VIH réalisée en urgence peuvent être faussement négatifs (fenêtre sérologique du test : 3 mois pour le TROD et 6 semaines pour la sérologie VIH) : le risque reste alors élevé et peut justifier d'un traitement prophylactique du sujet exposé.

Le patient source n'est pas dépistable :

Voir tableaux 2 et 3 (p.19/20)

En cas d'agression sexuelle, la personne doit être adressée en urgence, pour un examen et des prélèvements :

CHU Félix Guyon

- Médecine Légale :
- Adulte de plus de 18 ans : 0262 90 57 41 (Si agression moins de 7 jours va aux Urgences (car trace ADN présente au-delà disparaît, puis va en médecine légale) :

Victimologie :

- Enfant de moins de 18 ans : 0262 90 57 20

CHU GHSR

- Unité médico légale: 0262 35 64 06 : pour enfants et adultes

CHOR :

- Adultes et enfants : se présentent aux Urgences : en cas de viol ou d'attouchement : les patients seront directement orientés vers CHU St Denis ou St-Pierre

CH Mayotte

- Unité Médico Légale : adultes et enfants
 - Si agression > 72h, Unité Médico Légale sur RDV uniquement du lundi au jeudi de 8h-14h au 0269 61 80 00 poste 5078
 - Si agression < 72 h
 - Vendredi, les nuits, WE, jours fériés = Urgences au 0269 61 80 00 demander les Urgences
 - Du lundi au jeudi en journée = Médecine Légale (umj@chmayotte.fr ; t.lahalle@chmayotte.fr) au 0269 61 80 00 poste 5078

CHEZ L'ENFANT (moins de 15 ans)

Obligation légale de signalement

Orientation possible ou nécessaire en fonction de la situation (situation de violence sexuelle ou composante anxieuse ou AES à répétitions...) vers un service de victimologie pédiatrique ou IML ou psychologue du CeGIDD. Aux urgences équipe psy péri-crise, au CMP ou CMPP

- même grille d'évaluation et même suivi que chez l'adulte
- prise en charge spécifique.

3) EXPOSITION AU VIRUS DE L'HEPATITE B : PROPHYLAXIE

- **Sujet exposé, vacciné répondeur** (Ac HBs > 10 UI/ml ou anti HBs > 100 mUI/ml dans les antécédents) : aucune surveillance biologique. (résultats récupérés par le médecin prescripteur)
- Pour les 3 CeGIDD les résultats inter CeGIDD sont à récupérer auprès du secrétariat du CeGIDD

- **Indication de la sérovaccination VHB**

	EXPOSITION SEXUELLE ou SANGUINE	
	Statut VHB (Ag HBs) de la personne source	
	Positif	Inconnu
Sujet exposé		
Vacciné répondeur (Anti HBs > 10 mUI/ml ou anti HBs > 100 mUI/ml dans les antécédents)	rien	rien
Vacciné non répondeur (Anti HBs < 10 mUI/ml sans anti HBc ni notion d'anti HBs > 100 mUI/ml dans le passé)	Immunoglobulines*	rien**
Non vaccinés	Immunoglobulines* + vaccin	vaccin**

* L'administration d'immunoglobulines n'est pas nécessaire si absence de virémie VHB (ADN VHB indétectable) chez la personne source et utilisation de ténofovir en TPE

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

- **Vaccination anti-VHB** dans les 72 heures (voire jusqu'à une semaine après) :

- 20 µg IM (deltoïde) à J0, M1, M6 (il est préférable de contrôler les Ac HBs 1 mois après la dernière injection et de discuter d'éventuels rappels en cas de réponse vaccinale insuffisante).
- OU 20 microgrammes en schéma rapide accéléré J0, J7, J21, dans quelques cas rares où l'immunité doit être rapidement acquise : prisonniers, départ proche en zone d'endémie....

- **Immunoglobulines (Ig) spécifiques** dans les 72 heures (voire jusqu'à une semaine après)

- **Immunoglobulines** humaines anti-hépatite B 500 UI en IM en milieu hospitalier (Ig et **vaccin** sur deux sites différents)
- Surveillance après injection (possible réaction d'hypersensibilité). 30 mn

4) EXPOSITION AU VIRUS DE L'HEPATITE C **(EXPOSITION SANGUINE OU SEXUELLE TRAUMATIQUE)**

Il n'y a pas de traitement prophylactique d'urgence.

Mais un diagnostic d'hépatite C aiguë peut conduire à un traitement précoce de cette infection (cf suivi biologique).

5) PILULE DU LENDEMAIN. PREVENTION DES AUTRES IST

En cas d'exposition sexuelle avérée :

- Proposition d'une **contraception d'urgence** chez une femme n'ayant pas de moyen efficace de contraception (la prescription de TPE ne modifie pas l'efficacité de cette contraception)
- Nécessité de dépistage des autres IST lors du bilan initial et au cours du suivi, et prélèvement de tous les sites concernés. **Une antibioprofylaxie systématique n'est pas recommandée**

SUIVI DES ACCIDENTS D'EXPOSITION

Exposition au sang	
J0-J7	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Anti-HBs (<u>si vacciné et titre Ac inconnus</u>) ou Ag HBS, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si non vacciné</u>) - ALAT - Créatinine, test de grossesse (<u>si indication TPE</u>)
S2	<ul style="list-style-type: none"> - ALAT, créatinine (<u>si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie</u>)
S6	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH (<u>si TPE ou, en l'absence de TPE, si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable</u>) - ALAT et ARN VHC (<u>si ARN VHC + chez sujet source</u>)
S12	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologies VIH, VHC - Ag HBS, Ac Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu</u>)
Exposition sexuelle	
J0-J4	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Sérologie Syphilis - Anti-HBs (<u>si vacciné et titre Ac inconnus</u>) ou Ag HBS, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si non vacciné</u>) - ALAT - Créatinine, test de grossesse (<u>si indication TPE</u>) - PCR chlamydia et gonocoque (<u>femme<25 ans, homme<30 ans, ou HSH, ou sujet symptomatique</u>)
S6	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH (<u>si TPE ou, en l'absence de TPE, si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable</u>) - Sérologie Syphilis - PCR chlamydia et gonocoque (<u>femme<25 ans, homme<30 ans, ou HSH, ou sujet symptomatique</u>) - ALAT et ARN VHC (<u>si ARN VHC + chez sujet source</u>)
S12	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH <u>si TPE</u> - Sérologie VHC (<u>chez HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source</u>) - Ag HBS, Ac Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu</u>)

Tableau 9 : Suivi biologique en cas d'exposition au sang en pédiatrie

J1-J7	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Anti-HBs si vacciné et titre Ac inconnu ou Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs si non-vacciné - ALAT Si TPE instauré : <ul style="list-style-type: none"> - NFS (si TPE incluant de la zidovudine) - créatinine - test de grossesse le cas échéant
S2	<ul style="list-style-type: none"> - NFS (si TPE incluant de la zidovudine) - créatinine (si TPE incluant du ténofovir)
S 6	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - ALAT et ARN VHC (si ARN VHC+ chez sujet source) - Sérologie syphilis, PCR chlamydia et gonocoque <u>si exposition sexuelle</u> - NFS (si TPE incluant de la zidovudine)
S 12	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH (si TPE) - Sérologie VHC - Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu

FICHE DE PRISE EN CHARGE ACCIDENT D'EXPOSITION SEXUELLE

Date : _____ Heure _____ Vu par Docteur : _____
Orienté par : _____ Venu(e) par lui (elle) même _____

Prise en charge antérieure de cet accident :

Oui Non : _____ Lieu : _____

Distribution d'un kit d'urgence : Oui Non

Date et heure de la première prise d'ARV : _____

1- Personne victime :

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

DDN : _____ Téléphone : _____

Médecin traitant : _____

ATCD significatif : _____

Allergie : _____

Traitement de fond : _____

Contraception : _____

Grossesse en cours _____

Vaccination HBV antérieure : _____

ATCD vaccinaux : _____

ATCD d'AES antérieur(s) : Oui. Non

Nombre : _____ Date(s) : _____

Traitements reçus : _____

Sérologie finale : _____

ATCD de PrEP Oui Non

PrEP en cours. Oui. Non

(Dans ce cas, contacter l'infectiologue suivant le patient)

ATCD IST : _____

Soins en pays étrangers _____

Tatouages, piercing dans les conditions non stériles _____

Date de la dernière sérologie VIH négative : _____

Statut vaccinal VHB _____

Dernière sérologie VHB connue _____

Dernière sérologie VHC connue _____

2- Exposition :

Date et heure de l'exposition :

Vaginale

Anale

Fellation avec éjaculation Active : Réceptive

Fellation sans éjaculation Active Réceptive

Agression

Préservatif : oui . non rompu

Autre :

Date et heure du 1^{er} contact avec un médecin :

3- Personne source :

Inconnue. Connue

SI PARTENAIRE CONNU :

Facteurs de risque connus du partenaire :

Non :

HSH :

Travailleur du sexe :

Personne venant d'une zone de forte endémie :

Statuts vis-à-vis de :

VIH : positif. Négatif. Inconnu.

Si positif : traité Non traité. Dernière charge virale : Indétectable. Autre
(Dans ce cas, joindre l'infectiologue qui suit le patient et noter ses coordonnées)

VHB : Ag positif. Négatif Statut vaccinal :

VHC : Positif. Négatif. Positif en cours de traitement

Sexe personne source : Homme Femme

Dépistages réalisés

VIH+ : AgHbS+ :

AcHbS+ :

AcHbC :

VHC+

PCR VHC (si le partenaire est positif VHC connu)

Syphilis U

Urétrite gonocoque/chlamydia

FICHE DE PRISE EN CHARGE Accident d'Exposition Sang/Liquide biologique

Date :
Heure Vu par Docteur :
Orienté par : Venu(e) par lui (elle) même

Prise en charge antérieure de cet accident :

Oui. Non : Lieu :
Distribution d'un kit d'urgence ; Oui Non
Date et heure de la première prise d'ARV :

1- Personne victime

Nom : Prénom : Sexe :

DDN : Téléphone :

Médecin traitant :

ATCD significatif(s) :

Allergie :

Traitement de fond :

Contraception :

Grossesse en cours :

Vaccination HBV antérieure :

ATCD vaccinaux :

ATCD d'AES antérieur(s) : Oui. Non

Nombre : Date(s)

Traitements reçus :

Sérologie finale :

ATCD de PrEP Oui Non

PreP en cours. Oui. Non

(Dans ce cas, contacter l'infectiologue suivant le patient)

ATCD IST :

Soins en pays étrangers

Tatouages, piercing dans les conditions non stériles

Date de la dernière sérologie VIH négative :

Statut vaccinal VHB

Dernière sérologie VHB connue

Dernière sérologie VHC connue

Au moment de l'accident :

Port de gants : Non Oui Nombre de paires :

Prévention protection visage : Non Oui

Prévention port lunettes de protection : Non Oui

Traitement immédiat (désinfection), durée, nom du produit utilisé

A fait saigner par pression : Oui Non

2- Exposition :

Date et heure :

Lieu de l'accident :

Agent seul en cause : Non Oui

Nature de l'accident :

Localisation anatomique de l'accident

Circonstances (tâche en cours)

Piqûre par collecteur surchargé

Type d'aiguille ou d'instrument coupant

Aiguille sécurisée

Projection dans les yeux

Profondeur de la blessure :

3- Personne source

Identifiable. Oui Non

Inconnue Connue

SI PERSONNE SOURCE IDENTIFIABLE

Facteurs de risque connus de cette personne :

Non :

HSH :

Travailleur du sexe :

Personne venant d'une zone de forte endémie :

Statuts vis-à-vis de :

VIH : positif. Négatif. Inconnu.

Si positif : traité Non traité. Dernière charge virale : Indétectable. Autre

(Dans ce cas, joindre l'infectiologue qui suit le patient et noter ses coordonnées)

VHB : Ag positif. Négatif Statut vaccinal :

VHC : Positif. Négatif. Positif en cours de traitement

Sexe personne source : Homme. Femme

Dépistages réalisés

VIH+ :

AgHbS+ :

AcHbS+ :

AcHbC :

VHC+ :

PCR VHC (si personne source connue positive VHC)

4- Soins immédiats :

Lavage : Antiseptique : Lequel : Durée

Tableau Indication TPE après expositions sexuelles

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source			
	Positif		Inconnu	
	CV détectable	CV indétectable < 50 copies/ml *	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non 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, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations, un TPE peut être instauré en urgence mais il devra 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 : HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, ou personne originaire de région à prévalence du VIH >1% (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie) ou usager de drogue injectable.

Tableau 2 – Indications de TPE après exposition au sang

Expositions au sang et aux liquides biologiques			
Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV indétectable < 50 copies/ml	
Important : - piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE recommandé
Intermédiaire : - coupure avec bistouri - piqûre avec aiguille IM ou SC - piqûre avec aiguille pleine - exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact >15 mn	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE non recommandé
Minime : - piqûre avec seringues abandonnées - crachats, morsures ou griffures - autres cas	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, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations, un TPE peut être instauré en urgence mais il devra 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).

Tableau 3 – Indications de TPE après partage de matériel d'injection

Expositions chez les usagers de drogue IV			
Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV indétectable < 50 copies/ml	
Important : - partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé
Intermédiaire : - partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage	TPE non recommandé		TPE non recommandé

EVALUATION DU RISQUE CHEZ L'ENFANT et L'ADOLESCENT

• Exposition par blessure :

C'est un motif fréquent de consultation aux urgences.

- Le risque d'infection est très faible puisqu'aucun cas d'enfant infecté par cette voie n'a été rapporté ; cependant on ne peut affirmer qu'il soit nul.
- Le risque de transmission par morsure est considéré comme nul et ne justifie pas de mesures de prophylaxie.

Conduite à tenir en urgence en cas d'exposition accidentelle d'un enfant par blessure avec du matériel abandonné susceptible d'être infecté par le VIH :

- Apaisement du stress familial, lequel est souvent important : en expliquant que le risque d'infection est quasi nul et, qu'à ce jour, aucun enfant n'a été infecté dans les pays du Nord.
- Evaluation du risque d'exposition au VIH selon les circonstances de l'accident (cf adultes).
- Désinfection standard de la plaie, ne pas faire saigner.
- Prophylaxie anti-hépatite B (vaccination + Immunoglobulines spécifiques) et vaccination anti-tétanique si nécessaire.
- Prescription des antirétroviraux en cas de circonstances à haut risque (telle aiguille récemment abandonnée avec du sang frais visible, dans un quartier fréquenté par des usagers de drogues) et première administration aux urgences, si possible dans les 4 heures (traitement disponible sur place). Délivrance du traitement pour les premiers jours par un kit.
- Organisation d'une consultation dans les 24 – 48 heures, en dehors de l'urgence pour :
 - Réévaluer le risque et le type de prophylaxie nécessaire ;
 - Débuter la procédure diagnostique VIH, VHB, VHC ;
 - Organiser le suivi.
- Le bilan initial peut être réalisé lors de cette consultation spécialisée ou aux urgences.

• Exposition sexuelle :

Contrairement à la rareté des cas d'infection par blessure, l'exposition sexuelle représente un risque réel pour lequel une prophylaxie maximale s'impose. Les indications de TPE sont identiques aux recommandations adultes (tableau 1).

- Agression sexuelle : s'il y a eu pénétration, même sans éjaculation, le risque doit être considéré comme important et justifie une prophylaxie par trithérapie, sauf si la personne source n'est pas infectée par le VIH de façon certaine.
- Exposition sexuelle hors agression : cette situation doit être prise en charge de la même façon que chez l'adulte.

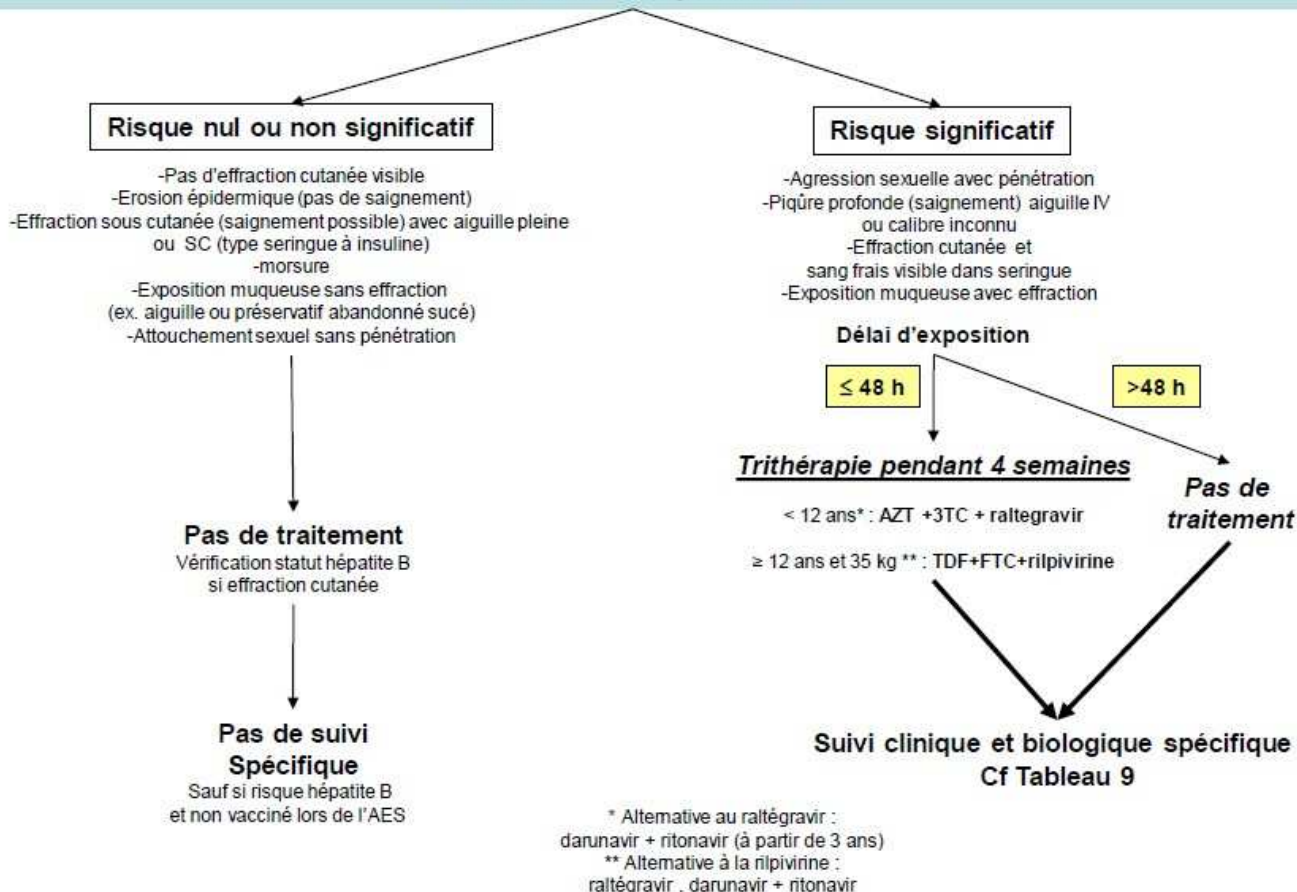
En raison de la rareté et du contexte très souvent délicat de ces situations, le référent doit être appelé systématiquement en cas d'accident significatif.

Le TPE sera discuté au cas par cas.

En cas de doute sur la CAT, appeler :

- **CHU Félix Guyon**
En semaine, aux heures ouvrables :
CeGIDD : 0262 90 55 69 / 0262 90 55 60
Week-end, nuit, jours fériés
Service des Maladies Infectieuses
Numéro d'astreinte : 0692 26 76 51
- **CHU GHSR**
En semaine, aux heures ouvrables :
CeGIDD : 0262 35 96 10/0262 35 96 30
Week-end, nuit, jours fériés
Service des Maladies Infectieuses
0262 35 90 00 demander le médecin d'astreinte des Maladies Infectieuses
- **GHER** : appel CHU Félix Guyon
- **CHOR** : appel CHU Félix Guyon ou GHSR
- **CHMayotte** : Pédiatrie Dr Soumeth ABASSE 0269 61 86 70/0269 61 73 56.
Lundi au vendredi - 8h 16h, week-end et jour férié : 0269 61 80 00 : DECT : 5135/5190

Indication d'une prophylaxie par antirétroviraux chez l'enfant à la suite d'un accident d'exposition



MODALITES DE PRESCRIPTION DU TPE

Modalités de prescription du TPE et choix des médicaments

Le TPE est d'autant plus efficace que son délai d'initiation est court. Il faut s'efforcer de raccourcir au maximum ce délai et de débiter le traitement dans les quatre premières heures qui suivent l'exposition. Il peut être initié au plus tard jusqu'à 48 heures après l'exposition.

Chez l'adulte et l'enfant, il est recommandé que le TPE comporte une trithérapie : deux INTI et un 3^{ème} agent.

ADULTE

- **Traitement recommandé : Delstrigo (Doravirine, Lamuvidine, Ténofovir disoproxil) :** 1 cp par jour pendant ou en dehors des repas.
- **Traitement alternatif : Stribild (Emtricitabine, Ténofovir disoproxil, Elvitégravir, Cobicistat):** 1 cp par jour à prendre avec de la nourriture.

- **ATTENTION :** le Stribild contient du Cobicistat.

La co-administration de Stribild est contre-indiquée avec les médicaments dont la clairance dépend largement du CYP3A et pour lesquels les concentrations plasmatiques élevées sont associées à des événements graves et/ou mettant en jeu le pronostic vital. Stribild ne doit donc pas être co-administré avec les médicaments suivants (liste non exhaustive) :

- antagonistes des récepteurs alpha-1 adrénergiques : alfuzosine ;
- antiarythmiques : amiodarone, quinidine ;
- dérivés de l'ergot de seigle : dihydroergotamine, ergométrine, ergotamine ;
- agents de motilité gastro-intestinale : cisapride ;
- inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase : lovastatine, simvastatine ;
- neuroleptiques/antipsychotiques : pimozide, lurasidone ;
- inhibiteurs de la PDE-5 : sildénafil, utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire ;
- sédatifs/hypnotiques : midazolam par voie orale, triazolam.

La co-administration de Stribild est contre-indiquée avec les médicaments qui sont des inducteurs puissants du CYP3A en raison du risque potentiel de perte de réponse virologique et de résistance éventuelle à Stribild. Stribild ne doit donc pas être co-administré avec les médicaments suivants (liste non exhaustive) (cf Interactions) :

- anticonvulsivants : carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne ;
- antimycobactériens : rifampicine ;
- produits à base de plantes : millepertuis (*Hypericum perforatum*).

La co-administration est contre-indiquée avec le Dabigatran étexilate, un substrat de la glycoprotéine P (P-gp) (cf Interactions).

FEMME ENCEINTE

- Association Truvada ® 1cp/j (Emtricitabine et Tenofovir disoproxil)+ Dolutégravir (Tivicay®) 1 cp/j pendant ou en dehors d'un repas
- Association alternative : Truvada ®1cp/j + Prezista ®+ Norvir ®100mg 1 cp/j

ENFANT

- **Naissance à 2 ans** : une simple bithérapie d'antirétroviraux suffit en général, associant **AZT+3TC**. En cas d'exposition majeure le **Dolutégravir** peut-être ajouté dès l'âge de 4 semaines.
- **2 ans à 12 ans** : Trithérapie associant **Ténofovir + 3TC + Dolutégravir**
- **A partir de 25kg**, enfants ou adolescents, le **Bictarvy** est le traitement de choix

Tableau – Posologie des antirétroviraux utilisés dans les AES chez l'enfant et l'adulte

Molécules	Formulations disponibles	Age minimal dans l'AMM	Posologie adaptée selon l'âge, le poids ou la surface corporelle de l'enfant	Remarques
AZT ou Zidovudine Rétrovir®	RETROVIR® sirop 100mg/10ml Gél. A 100mg ou 250 mg Cp à 300mg	3 mois	En sirop : 4-8 kg : 12mg/kg x 2/j 9-29 kg : 9mg/kg x 2/j (maxi 300mgx2/j) En gélules/comprimés : 8-13 kg : 1 gél. 100mg matin + 2 gél. 100mg soir 22-29 kg : 2 gél. 100mg x 2/j >30 kg : 1 gél. 250 ou 1 comp. 300mgx2/j	Prise pendant le repas Troubles digestifs**
3TC ou Lamivudine Epivir®	EPIVIR® sirop 10mg/mL Cp à 150 ou 300mg	3 mois	En sirop : 3 mois – 12 ans : 4 mg/kg x 2/j (maxi 150mg x 2/j) En comprimés : 14 – 21 kg : ½ cp à 150mg x 2/j 21 – 30 kg : ½ cp à 150mg matin + 1 cp à 150mg soir >30 kg : 1 cp à 150mg x 2/j ou 1 cp à 300mg 1/j	Prise pendant le repas
Fumarate de ténofovir disoproxil (TDF)† (Voir ci-dessous les associations médicamenteuses à doses fixes pour le ténofovir alafénamide [TAF]) Ténofovir ®	Poudre orale: 40 mg/1 mesurette pleine Comprimés: 150, 200, 250 et 300 mg Le ténofovir disoproxil fumarate (TDF) et le ténofovir alafénamide (TAF) sont tous deux disponibles en comprimés d'association à dose fixe	2 ans	2-12 ans: 8 mg/kg 1 fois/jour jusqu'à 300 mg 1 fois/jour comme suit: <ul style="list-style-type: none"> • 10–11 kg: 2 mesurettes de poudre 1 fois/jour • 12-13 kg: 2,5 mesurettes de poudre 1 fois/jour • 14-16 kg: 3 mesurettes de poudre 1 fois/jour • 17-18 kg: 3,5 mesurettes de poudre ou 1 comprimé à 150 mg 1 fois/jour • 19-21 kg: 4 mesurettes de poudre ou 1 comprimé à 150 mg 1 fois/jour • 22-23 kg: 4,5 mesurettes de poudre ou 1 comprimé à 200 mg 1 fois/jour • 24-26 kg: 5 mesurettes de poudre ou 1 comprimé à 200 mg 1 fois/jour • 27-28 kg: 5,5 mesurettes de poudre ou 1 comprimé à 250 mg 1 fois/jour • 29-31 kg: 6 mesurettes de poudre ou 1 comprimé à 250 mg 1 fois/jour • 32-33 kg: 6,5 mesurettes de poudre ou 1 comprimé à 250 mg 1 fois/jour • 34: 7 kg mesurettes de poudre 1 comprimé à 250 mg 1 fois/jour • ≥ 35 kg: 7,5 mesurettes de poudre ou 1 comprimé à 300 mg 1 fois/jour ≥ 12 ans et ≥ 35 kg: comprimé à 1 x 300 mg 1 fois/jour	La préparation sous forme de poudre est amère et insoluble et doit être administrée avec de la nourriture molle comme de la compote ou du yogourt plutôt qu'avec un liquide. Le ténofovir disoproxil fumarate (TDF) peut être administré n'importe quand par rapport à la prise alimentaire. La poudre de ténofovir disoproxil fumarate (TDF) ne doit être mesurée qu'avec la mesurette de 1 g fournie

Dolutégravir sodique Tivicay ®	Comprimés dispersibles 5 mg Comprimés pelliculés dosés à 10, 25 et 50 mg	Entre 4 semaines et 6 ans, pesant plus de 3 kg A partir de 6 ans et jusqu'à 12 ans	De 3 à 6 kg : 5 mg une fois par jour De 6 à 10kg : < 6mois : 10 mg une fois par jour > 6 mois : 15 mg une fois par jour De 10 à 14 kg : 20 mg une fois par jour De 14 à 20 kg : 25 mg une fois par jour 20 kg ou plus : 30 mg une fois par jour De 15 à 20 kg : 20 mg une fois par jour De 20 à 30kg : 25 mg une fois par jour De 30 à 40 kg : 35 mg une fois par jour 40 kg ou plus : 50 mg une fois par jour	Attention les comprimés dispersibles et les comprimés pelliculés ne se sont pas posologies équivalents
Molécules	Formulations disponibles	Age minimal dans l'AMM	Posologie adaptée selon l'âge, le poids ou la surface corporelle de l'enfant	Remarques
Bictégravir+ Emtricitabine+ Ténofovir Alafénamide Biktarvy ®	Comprimés avec Bictégravir 50mg+ Emtricitabine 200mg+ Ténofovir Alafénamide 25mg	-	1 cp/j à partir de 25kg	Biktarvy ne doit pas être co-administré à jeun simultanément avec des antiacides contenant du magnésium ou de l'aluminium ou des compléments à base de fer

SUIVI DES ACCIDENTS D'EXPOSITION

Exposition au sang	
J0-J7	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Anti-HBs (<u>si vacciné et titre Ac inconnus</u>) ou Ag HBS, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si non vacciné</u>) - ALAT - Créatinine, test de grossesse (<u>si indication TPE</u>)
S2	<ul style="list-style-type: none"> - ALAT, créatinine (<u>si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie</u>)
S6	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH (<u>si TPE ou, en l'absence de TPE, si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable</u>) - ALAT et ARN VHC (<u>si ARN VHC + chez sujet source</u>)
S12	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologies VIH, VHC - Ag HBS, Ac Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu</u>)
Exposition sexuelle	
J0-J4	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Sérologie Syphilis - Anti-HBs (<u>si vacciné et titre Ac inconnus</u>) ou Ag HBS, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si non vacciné</u>) - ALAT - Créatinine, test de grossesse (<u>si indication TPE</u>) - PCR chlamydia et gonocoque (<u>femme<25 ans, homme<30 ans, ou HSH, ou sujet symptomatique</u>)
S6	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH (<u>si TPE ou, en l'absence de TPE, si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable</u>) - Sérologie Syphilis - PCR chlamydia et gonocoque (<u>femme<25 ans, homme<30 ans, ou HSH, ou sujet symptomatique</u>) - ALAT et ARN VHC (<u>si ARN VHC + chez sujet source</u>)
S12	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH <u>si TPE</u> - Sérologie VHC (<u>chez HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source</u>) - Ag HBS, Ac Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu</u>)

Tableau 9 : Suivi biologique en cas d'exposition au sang en pédiatrie

<p>J1-J7</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Anti-HBs si vacciné et titre Ac inconnu ou Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs si non-vacciné - ALAT <p>Si TPE instauré :</p> <ul style="list-style-type: none"> - NFS (si TPE incluant de la zidovudine) - créatinine - test de grossesse le cas échéant
<p>S2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - NFS (si TPE incluant de la zidovudine) - créatinine (si TPE incluant du ténofovir)
<p>S 6</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - ALAT et ARN VHC (si ARN VHC+ chez sujet source) - Sérologie syphilis, PCR chlamydia et gonocoque <u>si exposition sexuelle</u> - NFS (si TPE incluant de la zidovudine)
<p>S 12</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH (si TPE) - Sérologie VHC - Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu

STATUT SEROLOGIQUE DE LA PERSONNE SOURCE

- Formulaire de consentement signé par la personne source
- Personne source refusant son accord
- Personne source indiquant être infectée par le VIH

Résultats à récupérer par le prescripteur

Cochez les cases	Sérologies		
	+	-	?
VIH			
VHC			
VHB			

TRAITEMENTS

Avis pris auprès d'un médecin référent : oui NOM : non

- 1) **Prophylaxie VIH** : oui non
- Non débutée motif :
- Débutée : heure de la 1^{ère} prise :h.....
- Delstrigo Stribild
- Autre traitement prescrit :
- 2) **Prophylaxie VHB** : oui non Type :
- 3) **Contraception d'urgence donnée** : oui non Type :

PRESCRIPTIONS - ORIENTATION

- **BIOLOGIE**

- séro VIH : Elisa TROD : Résultat :
- séro VHB : AgHBs :
- séro VHC :
- si AES sexuel TPHA-VDRL, chlamydiae, gonocoque
- NFS ; créat, ASAT, ALAT
- Béta-HCG

- **AUTRES**

- Conseils de prévention donnés
- Fiche information traitement remise
- Feuille AT remise
- Plaquette DEPIST remise

- **ORIENTATION**

- Service référent :
- Médecin du travail : Dr.....
- Médecin traitant : Dr
- DEPIST

- **TRANSMISSION DE CETTE FICHE**

- 1 exemplaire pour le médecin référent : Dr.....
- Fax n° : : email :
- 1 exemplaire à conserver

GLOSSAIRE

Ac : Anticorps

AES : Accident d'exposition au sang ou accident d'exposition sexuelle, ce terme est maintenant remplacé par AEV

Ag : antigène

AT : accident de travail

ARV : Traitement Antirétroviral

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic par le virus du VIH, des hépatites, et des IST

CMP : Centre Médico-Psychologique

CO : contraception orale

CV : Charge Virale

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

Ig : immunoglobulines

IM : Intra-Musculaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IV : Intra-Veineuse

mL : millilitre

NFS : Numération Formule Sanguine

PCR : Polymérase Chain Reaction : détection par méthode moléculaire (exemple : charge virale)

PrEP : Prophylaxie pré-exposition

RH : Ressources Humaines

SC : Sous-Cutanée

TPE : Traitement Post Exposition

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Participants au groupe de travail :

Dr Catherine AVRIL : CPIAS OI

Dr Soumeth ABASSE : Pédiatrie CHMayotte

Mme Christine BANGUY : Puéricultrice en PCI CPIAS OI

Dr Stéphane DORAY : Service de Santé au Travail CHU

Dr Kévin DIALLO : CeGIDD Sud

Dr Catherine GAUD : présidente du COREVIH OI

Mme Juliette JACQUOT : Psychologue Maladies Infectieuses CHU Félix Guyon

Dr Séverine KLEIN : Urgences GHER

Dr Xavier LARMURIER : Vice-président COREVIH OI

Dr Mohamadou NIANG : Maladie Infectieuses CHMayotte

Dr Etienne PERRAULT : Service de Santé au Travail CHU GHSR

Dr Séverine PUCCINELLI : Service de Santé au Travail CHU/GHER

Dr Roland RODET : CeGIDD Nord-Est

Dr Virginie ROUQUETTE : CeGIDD Mayotte

Dr Emmanuelle THORE : CeGIDD Ouest/CEPS

Dr Jean Marie TIBAYRENC : Médecine du travail CHMayotte

COREVIH OI

Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion – Site Félix Guyon

Allée des Topazes – CS 11021

97400 SAINT-DENIS

Téléphone : 0262 90 52 68 / Fax : 0262 90 55 67

Email : corevih.fguyon@chu-reunion.fr

Site internet : www.corevih.re