



**CONDUITE A TENIR APRES
ACCIDENT EXPOSANT
AUX VIRUS TRANSMISSIBLES
D'ORIGINE PROFESSIONNELLE**

**GUIDE POUR LES MEDECINS REFERENTS,
LES MEDECINS DES URGENCES**

CONDUITE A TENIR APRES ACCIDENT EXPOSANT AU SANG

INTRODUCTION	3
EN URGENCE (entre 1 et 4 heures)	4
1. Pratiquer les premiers soins.....	4
2. Evaluer le risque infectieux et prendre un conseil thérapeutique.....	4
3. Recherche du statut sérologique du patient source : urgent et prioritaire.....	4
4. Prophylaxie antirétrovirale.....	5
5. Prophylaxie pour le VHB	5
DANS LES 48 HEURES.....	6
1. Déclarer systématiquement l'accident.	6
2. réévaluation du traitement.....	6
3. Consulter le médecin du travail.....	6
SUIVI SEROLOGIQUE ET MEDICAL ENTRE J0 ET 4 MOIS POUR LE VIH	7
HEPATITE B : VACCINATION ET IMMUNISATION	8
SUIVI SEROLOGIQUE ET MEDICAL ENTRE J0 ET 4 MOIS POUR LE VHB.....	9
SUIVI SEROLOGIQUE ET MEDICAL ENTRE J0 ET 4 MOIS POUR LE VHC.....	11
ANNEXES	14
ANNEXE 1 : Evaluation du risque de transmission virale.....	15
ANNEXE 2 : liste des médecins pour le conseil médical.....	16
ANNEXE 3 : Dérogation du conseil national du SIDA	21
ANNEXE 4 : Bon de virologie à joindre au prélèvement du patient source	22
ANNEXE 5 : Conduite à tenir vis-à-vis du VIH	24
ANNEXE 6 : Suggestions de traitement antirétroviral prophylactique	25
ANNEXE 7 : Modalité de la prise du traitement prophylactique et de son suivi	26

INTRODUCTION

On appelle accident exposant aux virus transmissibles (A.E.V.) tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant une effraction cutanée (piqûre, coupure), une projection sur une muqueuse ou une peau lésée.

Trois grandes pathologies émergent avec d'inégales fréquence et gravité. Par ordre décroissant de risque de contamination après AEV, on distingue (cf. Annexe 1) :

- l'hépatite virale B (VHB),
- l'hépatite virale C (VHC),
- le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), après contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.).

Pour les personnels de santé, ces trois pathologies peuvent être reconnues soit comme des accidents de travail (pour le VIH et, s'il y a eu déclaration de l'AEV, pour les hépatites B et C) soit comme des maladies professionnelles (en l'absence de déclaration d'AEV pour les hépatites B et C uniquement).

EN URGENCE (entre 1 et 4 heures)

1. Pratiquer les premiers soins

● Piqûre, coupure ou contact sur peau lésée :

- **Nettoyage immédiat** de la plaie à l'eau et au savon
- **Rinçage**
- **Antiseptie** avec un dérivé chloré stable ou fraîchement préparé (soluté de Dakin, éventuellement eau de Javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10°) en assurant un temps de contact d'au moins 5 minutes.

N.B. : il n'est plus conseillé de faire saigner (risque d'attrition des tissus et de dissémination virale éventuelle).

● Projection sur muqueuses et yeux :

- **Rinçage immédiat, abondant et prolongé** au sérum physiologique ou à l'eau pendant **au moins 5 minutes**.

2. Evaluer le risque infectieux et prendre un conseil thérapeutique

Consulter un médecin pour évaluer le risque infectieux (VIH, VHB et VHC) et prendre un conseil thérapeutique. Se mettre en contact avec le médecin du travail de l'établissement (Liste des médecins en Annexe 2).

3. Recherche du statut sérologique du patient source : **urgent et prioritaire**

La connaissance du statut sérologique du sujet source est un élément déterminant de l'évaluation du risque pour la personne exposée. Si le statut sérologique du patient source n'est pas connu, il est indispensable d'essayer de le rechercher, ce qui nécessite l'accord de la personne, sauf dans certains cas visés par la dérogation du conseil national du SIDA (Annexe 3). En cas d'impossibilité ou de refus, le sujet source sera considéré comme potentiellement infecté.

Il est de la responsabilité du praticien qui suit le patient source de l'inciter à accepter un dépistage des virus transmissibles (VIH, VHB, VHC), sérologies et/ou détermination de leur charge virale, et de mettre tout en œuvre pour obtenir un **test rapide pour le VIH** (test permettant d'avoir une réponse dans les 4 heures, quelle que soit la technique utilisée), qui conditionne la mise en route, par le médecin prescripteur, de la prophylaxie antirétrovirale chez l'accidenté.

En Annexe 4 : exemple de bon de virologie à joindre au prélèvement du patient source – CHU de Bordeaux.

4. Prophylaxie antirétrovirale

☞ Critères décisionnels pour la mise ou non sous prophylaxie antirétrovirale (VIH) (Annexe 5)

Ils vont être fonction :

- de la connaissance ou non du statut clinique et sérologique du patient source : patient source infecté par le VIH ou de statut sérologique inconnu
- de la gravité de l'exposition (blessure profonde ou superficielle), du type de matériel (aiguille creuse ou pleine) et de la nature du liquide biologique en cause
- du délai entre l'exposition et la consultation

☞ Modalités de prescription

La prescription est réalisée uniquement par le médecin référent ou le médecin des urgences (suggestions de traitement en Annexe 6).

La prise de traitement ne peut se faire qu'avec l'accord de la personne accidentée. Celle-ci doit avoir été avertie des incertitudes du traitement, des effets secondaires et d'éventuelles réserves (grossesse dans les trois premiers mois). **La décision finale d'accepter ou de refuser la prophylaxie lui appartient.** Des mesures de prévention pour éviter les risques de transmission (par voie sexuelle ou lors d'un don de sang) seront alors conseillées.

En Annexe 7 : document d'information remis à l'accidenté relatif aux modalités de la prise du traitement prophylactique et de son suivi.

A retenir :

- **Délai rapide de début de traitement**
(si possible dans les 4 premières heures, ou mieux dans la première heure ; néanmoins possible jusqu'à 48 h).
- **Réévaluation dans les 48 à 72 heures si la prescription a été réalisée par un médecin non référent pour la prophylaxie du VIH.**
- **Durée du traitement : 4 semaines.**
- **Durée du suivi biologique :**
 - ⇒ **jusqu'à 4 mois obligatoire**, selon le statut sérologique du patient source (caractère médico-légal en cas d'AEV professionnel) (voir tableaux de suivi biologique avec traitement page 12 et sans traitement page 13).

5. Prophylaxie pour le VHB

Le **médecin consulté initialement** pour l'évaluation du risque infectieux **jugera de l'utilité d'effectuer ou non une sérovaccination contre le VHB** en fonction des critères décrits dans les tableaux situés aux pages 12 et 13.

DANS LES 48 HEURES

1. Déclarer systématiquement l'accident.

- **A qui ?** **A l'employeur** qui transmettra la déclaration à l'organisme compétent selon les régimes de couverture sociale.
- **Comment ?** Selon les modalités propres à l'employeur muni d'un **certificat médical initial** mentionnant « **blessure potentiellement contaminante** » et **respectant la confidentialité** du patient source.
- **Quand ?** Au plus tard dans les 48 heures (jours fériés et week-end exclus), pour la fonction publique.
Dans les 24 heures pour les établissements privés.

2. réévaluation du traitement

Réévaluation à 48 heures du traitement prophylactique par le médecin référent (liste en Annexe 2)

→ **Si** la prescription d'antirétroviraux a été délivrée par un médecin non référent, pour réévaluation de la prescription.

→ **S'il** persiste un doute sur la séropositivité VIH du patient source et/ou si la sérologie de ce patient s'avère positive secondairement.

3. Consulter le médecin du travail

C'est lui qui, en général, assure la **surveillance des salariés**, analyse l'**accident** après recueil des données et peut **faire le lien** entre le praticien qui a en charge le malade et le médecin référent, **dans le respect de la confidentialité**. Il donne également des conseils de prévention pour éviter les risques de transmission (par voie sexuelle ou lors d'un don de sang). Un recueil statistique (CCLIN Sud Ouest) est alors entrepris.

Il pourra être amené à gérer le suivi biologique, pour le VIH, mais aussi pour les hépatites B et C, en concertation avec le **référent hépatite** (liste en Annexe 2).

SUIVI SEROLOGIQUE ET MEDICAL ENTRE J0 ET 4 MOIS POUR LE VIH

Arrêté du 1^{er} août 2007

Qu'il y ait ou non prescription d'antirétroviraux, un suivi médical et sérologique sera proposé par le médecin référent et/ou le médecin du travail selon les schémas proposés aux pages suivantes.

Les modalités de cette surveillance seront précisées lors de la visite médicale.

Signalons d'ores et déjà la nécessité de ces examens pour la personne qui a subi un AEV, dans le but de sa **protection vis-à-vis des risques infectieux** et pour la **reconnaissance légale de l'accident** (en cas d'origine professionnelle).

HEPATITE B : VACCINATION ET IMMUNISATION

*En milieu de soins, la gestion d'un **risque d'exposition au VHB** devrait être une situation exceptionnelle compte tenu de **l'obligation vaccinale prévue par la réglementation** :*

- **Art L 3111-4 du Code de la Santé Publique** (Loi n° 91-73 du 18/01/1991, art. 1°) relatif aux obligations vaccinales en fonction de l'activité professionnelle (avec notamment obligation de la vaccination hépatite B).
- **L'arrêté du 6 mars 2007 fixant les conditions d'immunisation concernant la vaccination hépatite B.**

Les modalités de vaccination (schéma vaccinal, vérification de l'immunisation) sont réalisées selon les recommandations fixées par le Haut Conseil d'Hygiène Publique de France, reprises dans le calendrier vaccinal remis à jour annuellement.

SUIVI SEROLOGIQUE ET MEDICAL ENTRE J0 ET 4 MOIS POUR LE VHB

Le suivi de l'exposé (victime de l'AEV) dépend du statut sérologique du patient source pour le VHB et du statut vaccinal de l'exposé.

A ce stade, il n'est pas nécessaire de consulter systématiquement un médecin référent pour les hépatites.

J0 sujet source

- **Faire prélever une sérologie VHB (AgHBs) chez le patient source**

Il ne faut pas se contenter d'une sérologie préexistante, sauf pour un patient avec des antécédents documentés d'hépatite B guérie.

- ❖ Si le statut sérologique du sujet source est toujours inconnu dans les 72 premières heures.
 - ☞ l'AgHbs doit être considéré comme positif (pour le suivi de l'exposé).
- ❖ Si sérologie négative avec AgHBs négatif
 - ☞ Pas de surveillance de l'exposé

Surveillance sérologique (VHB) de l'exposé

1. **Si le sujet exposé est vacciné et protégé** (avec taux Ac antiHBs > 10UI/l ou dosage qualitatif des Ac antiHBs positif sur au moins un document, quelle que soit son ancienneté) **ou** s'il a des antécédents documentés d'hépatite B guérie.
 - ☞ Pas de surveillance nécessaire par rapport au VHB
2. **Si le sujet exposé est porteur de l'AgHBs**
 - ☞ Consultation spécialisée
3. **Dans tous les autres cas**, une sérologie complète VHB doit être réalisée à J0 (AgHBs, Ac antiHBs, Ac antiHBc).

Si sujet exposé non vacciné et non protégé :

- ☞ Immunoglobulines spécifiques anti VHB dans les **72 heures**, après le contage présumé

ET

- ☞ Vaccination, selon schéma vaccinal habituel

Si sujet exposé, vacciné mais non protégé, ou sans résultat Ac anti-Hbs documenté

- ☞ Immunoglobulines spécifiques anti VHB dans les 72 heures, après le contage présumé si le patient source est Ag HBs positif ou de statut inconnu

ET

- ☞ Vaccination (sauf en cas d'échec antérieur à la vaccination) avec un contrôle sérologique à 1 mois. Si taux Ac anti HBs > 10 UI/L à M1, arrêt de la vaccination.

Par ailleurs, dans ces 2 situations, la surveillance sérologique du sujet exposé est :

- ☞ M1 : sérovaccination (2ème injection d'Ig et de vaccin si besoin*) et sérologie complète VHB (AgHBs, Ac antiHBs, Ac antiHBc)
- ☞ M3 : sérologie complète VHB

Ne pas oublier de compléter le schéma vaccinal et d'en vérifier l'efficacité.

- ☞ Si apparition d'une sérologie positive (AgHBs+) ou élévation des transaminases, demander une consultation spécialisée avec un médecin référent hépatites.

Joindre le bon de virologie au prélèvement du patient source (Annexe 4)

RAPPEL

Toute personne exerçant une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination par le VHB, doit être vaccinée contre l'hépatite B et son immunité doit être contrôlée.

De même toute personne exposée à un risque de contamination doit être correctement vaccinée contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

* Selon la circulaire DGS/DH/DRT n° 99/680 du 8/12/1999

SUIVI SEROLOGIQUE ET MEDICAL ENTRE J0 ET 4 MOIS POUR LE VHC

Le suivi de l'exposé dépend du statut sérologique du patient source pour le VHC.

A ce stade, il n'est pas nécessaire de consulter systématiquement un médecin référent pour les hépatites.

J0 sujet source

- **Faire prélever une sérologie VHC associée à une détection de l'ARN viral C chez le patient source**
 - ❖ Si ARN VHC négatif, quelle que soit la sérologie VHC du patient source
 - ☞ Pas de surveillance de l'exposé
 - ❖ Si ARN VHC positif, quelle que soit la sérologie du patient source **ou** si la sérologie du patient source est inconnue
 - ☞ Surveillance de l'exposé

Surveillance sérologique (VHC) de l'exposé

- **J0** : sérologie VHC + dosage des transaminases.
 - ☞ Si la sérologie s'avère positive : dosage de l'ARN viral C et demande de consultation spécialisée.

Lorsqu'une surveillance (pour le VHC) chez l'exposé est nécessaire, le type de suivi est le suivant :

- M1 : ARN viral C
- M4 : sérologie virale C, ALAT

Si, quelle que soit la date, la sérologie, l'ARN viral C ou les transaminases sont anormaux, une consultation spécialisée avec un médecin référent pour les hépatites est nécessaire.

SUIVI POST- EXPOSITION PROFESSIONNELLE AVEC TRAITEMENT VIS-A-VIS DU VIH

RAPPEL ➔ **dépistage par test VIH rapide chez le patient source si sa sérologie est inconnue ou douteuse**

DATE	J0 (*)	J15	M1	M2	M4
➔ Si risque VIH (patient source VIH + ou inconnu)					
➔ Si risque VIH (patient source VIH + ou inconnu)					
	Sérologie VIH. NFS, Transa, créat. β-hCG	NFS, Transa, créat	NFS, Transa, créat.	Sérologie VIH	Sérologie VIH
➔ Si risque d'hépatite C (patient source ARN VHC + ou inconnu)					
	Sérologie VHC ALAT		ARN VHC		Sérologie VHC ALAT
➔ Si risque d'hépatite B (patient source AgHBs + ou inconnu et sujet exposé Ac anti-HBs < 10 UI/L ou sérologie inconnue)					
	Sérologie hépatite B (AgHBs, Ac anti HBs, Ac anti HBc Gammaglobulines anti-HBs si AES < 72 heures et Vaccination		2 ^{ème} injection gammaglobulines anti-HBs (si 1 ^{ère} faite à J0) et vaccination*		Sérologie de l'hépatite B (Ag HBS, Ac anti HBs, Ac anti HBC)
En cas d'apparition de symptômes évocateurs d'une primo-infection par le VIH, il est recommandé de faire une sérologie VIH et une charge virale VIH, quelle que soit la date					

* la poursuite de la vaccination de l'hépatite B sera adaptée aux antécédents vaccinaux.

SUIVI POST-EXPOSITION SEXUELLE SANS TRAITEMENT VIS-A-VIS DU VIH

DATE	J0	S6	M3
→ Si risque VIH (mais refus de traitement ou prise en charge tardive ou traitement non indiqué chez le sujet exposé)			
	Sérologie VIH	Sérologie VIH	Sérologie VIH
→ Si patient source VIH négatif			
Si le statut sérologique VIH du patient source est négatif, un suivi biologique du sujet exposé n'est pas nécessaire sauf en présence d'arguments en faveur d'une séroconversion du VIH en cours chez le patient source			
□	→ Si risque d'hépatite C (patient source ARN VHC + ou inconnu)		
	Sérologie VHC ALAT	ARN VHC	Sérologie VHC ALAT
→ Si risque d'hépatite B (patient source AgHBs + ou inconnu et sujet exposé Ac anti-Hbs < 10UI/l ou sérologie inconnue)			
	Sérologie de l'hépatite B (AgHBs, Ac anti HBs, Ac anti HBc Gammaglobulines anti-HBs si AES < 72 heures et Vaccination	2 ^{ème} injection gammaglobulines anti HBs et vaccination* (si 1 ^{ère} faite à JO)	Sérologie de l'hépatite B (AgHBs, Ac anti HBs, Ac anti HBc)

* la poursuite de la vaccination de l'hépatite B sera adaptée aux antécédents vaccinaux

ANNEXES

Liste des annexes :

ANNEXE 1 : Evaluation du risque de transmission virale.....	15
ANNEXE 2 : liste des médecins pour le conseil médical	16
ANNEXE 3 : Dérogation du conseil national du SIDA.....	21
ANNEXE 4 : Bon de virologie à joindre au prélèvement du patient source.....	22
ANNEXE 5 : Conduite à tenir vis-à-vis du VIH.....	24
ANNEXE 6 : Suggestions de traitement antirétroviral prophylactique	25
ANNEXE 7 : Modalité de la prise du traitement prophylactique et de son suivi	26

ANNEXE 1 : Evaluation du risque de transmission virale

D'après le rapport des experts 2010, « Evaluation du risque de transmission virale d'un patient à un soignant après accident avec exposition au virus transmissible ».

<i>Virus</i>	<i>Exposition percutanée</i>	<i>Contact muqueux ou peau lésée</i>	<i>Morsure</i>	<i>Prouvé</i>	<i>Possible1</i>	<i>Nul2</i>
VHB	2- 40 %	Non quantifié, probablement élevé par rapport aux VHC et VIH	Non quantifié, transmissions par cette voie documentées	Sang, liquides biologiques contenant du sang	Sperme, sécrétions vaginales, salive	Urines, selles
VHC	2,1 %	Non quantifié, cas professionnels par projection oculaire documentés	Non quantifié, voie possible dans 1 cas non professionnel	Sang	Liquides biologiques contenant du sang, sperme, sécrétions vaginales	Urines, selles, salive
VIH	0,32 %	0,04 %	Non quantifié, voie possible dans 2 cas non professionnels	Sang, liquides biologiques contenant du sang	Sperme, sécrétions vaginales, LCR, liquide pleural, amniotique	Salive, urines, selles

1. Ces liquides n'ont jamais été impliqués dans des contaminations professionnelles mais peuvent être considérés comme des sources potentielles, car ils contiennent le virus et/ou ont été impliqués dans d'autres modes de transmission.
2. Dans ces liquides, le virus est habituellement indétectable ou en concentration faible pour entraîner une contamination.

ANNEXE 2 : liste des médecins pour le conseil médical

MEDECINS REFERENTS VIH AU CHU DE BORDEAUX

HOPITAL SAINT ANDRE

■ Service de Médecine Interne

Pr Philippe. MORLAT, Dr Denis LACOSTE, Dr Noëlle BERNARD, Dr Fabrice BONNET
Tél : 05-56-79-58-23 ou postes 95722 – 95723 – 95726
Hôpital de jour : poste 43233 – 05-56-79-57-33

■ Service de Médecine Interne et Médecine Tropicale

Pr Patrick MERCIE, Dr Denis MALVY
Tél : 05-56-79-58-28 ou postes 95728 - 95828
Hôpital de jour : poste 43233 – 05-56-79-57-33

HOPITAL PELLEGRIN

■ Département de Maladies Infectieuses et de Médecine Interne

Pr Michel DUPON, Dr Hervé DUTRONC
Tél : 05-56-79-55-36 ou poste 95471

Pr Didier NEAU, Dr Hervé DUTRONC
Tél : 05-56-79-55-23 ou poste 95449

■ Consultations de Pédiatrie

Dr Camille RUNEL-BELLIARD
Tél : 05-56-79-59-12

HOPITAL HAUT LEVEQUE

■ Clinique de Médecine Interne et de Maladies Infectieuses

Pr Jean-Luc PELLEGRIN, Pr Jean-François VIALARD
Tél : 05-57-65-64-83 ou poste 56404 –Tél. 05.56.65.63.52 ou poste 56352

MEDECINS DU TRAVAIL AU CHU DE BORDEAUX

HOPITAL SAINT ANDRE

Tel IDE : 43093 ou secrétariat : 05-56-79-57-88 ou poste 95788
Dr. PARTARRIEU

HOPITAL PELLEGRIN

■ Consultation de Pathologie Professionnelle : Bâtiment PQR
Tél. : 05-56-79-61-65 ou poste 96165
Pr. BROCHARD, Dr. VERDUN-ESQUER

■ Médecine du travail du personnel hospitalier
Tél. IDE : 05 56 79 87 45 ou postes 98745 - 15466 ou secrétariat : 05-56-79-55-02 ou
poste 95502
Dr. PARTARRIEU

HOPITAL HAUT LEVEQUE

Tél. IDE : 33007 ou secrétariat : 05-57-65-65-08
Dr. GHERARDI, Dr LAPLACE, Dr. OLLIVIER

DIRECTION GENERALE

Tél. IDE : 41505 ou secrétariat : 05-56-79-53-11 ou poste 95311
Dr. OLLIVIER

MEDECINS DES URGENCES CHU DE BORDEAUX

HOPITAL SAINT ANDRE

■ Dr. A. CHERIFI - C. GABINSKI – Dr. FAURE – A. REIX
Tél : 05-56-79-57-81

HOPITAL PELLEGRIN

■ Dr. Ph. REVEL – Dr G. VALDENNAIRE
Urgences Adultes
Tél : 05-56-79-56-79 poste 94826 ou 14811 ou 14809

CENTRE EXPERT HEPATITES AQUITAINE :

HOPITAL DU HAUT LEVEQUE

- Dr Faiza CHERMAK
- Pr Victor de LEDINGHEN
- Dr Juliette FOUCHER
- Dr Julien VERGNIOL

Secrétariat : 05-57-65-64-39
Standard 05 56 79 56 79 et demander le gastro-entérologue d'astreinte sur Haut Lévêque

HOPITAL SAINT-ANDRE

- Dr. Pierre-Henri BERNARD / Dr Juliette FOUCHER

Secrétariat 05-56-79-58-06 / 05-56-79-57-37

MEDECINS REFERENTS POUR LA PRISE EN CHARGE DES EXPOSITIONS AUX VIRUS TRANSMISSIBLES VIH-VHB-VHC

DPT	ETABLISSEMENT	MEDECIN REFERENT	TELEPHONE
33	CHU BORDEAUX		
	SAINT-ANDRE	Pr. Philippe MORLAT	05.56.79.57.33
		Dr. Denis LACOSTE	
		Dr. Noëlle BERNARD	
		Pr. Fabrice BONNET	
		Dr. Mojgan HESSAMFAR	
		Dr Isabelle FAURE	
		Pr. Patrick MERCIÉ	
		Pr Denis MALVY	
		Dr Pierre DUFFAU	
	Dr. Thierry. PISTONE	05.56.79.55.36 05.56.79.54.71	
	Dr Heidi WILLE		
	Pr. Didier NEAU		
	PELLEGRIN	Dr Charles CAZANAVE	05.56.79.55.78
		Dr Marc Olivier VAREIL	
Pr Denis MALVY			
PELLEGRIN ENFANTS	Dr. Camille RUNEL-BELLIARD	05.56.79.59.12	
HAUT-LEVEQUE	Pr. Jean-Luc PELLEGRIN	05.57.65.64.04	
	Pr. Jean-François VIALARD	05.57.65.63.52	
	Dr Estabaliz LAZARO		
	Dr Emmanuel RIBEIRO		
	Dr Carine GREIB		
ARCACHON	Dr. Alain DUPONT	05.57.52.92.00	

DPT	ETABLISSEMENT	MEDECIN REFERENT	TELEPHONE
33	BAZAS	Dr. Marie- AMANIEU	05.56.65.04.51 05.56.65.04.55
	BORDEAUX Cl. AUGUSTIN	Dr. Patrick DUMAS	06.18.45.62.87
	LA REOLE	Dr. J.Michel ROUCHES	05.56.61.52.27
	LIBOURNE	Dr. Serge TCHAMGOUE	05.57.55.26.17
		Dr. Joël CECCALDI	05.57.55.26.17
		Dr. Patrick NIVET	05.57.55.35.77
	LESPARRE CL. MUTUALISTE	Dr. Charles GHIRINGHELLI	05.56.73.11.49
PESSAC CL. MUTUALISTE	Dr. Caroline NOUTS	05.56.46.56.46 poste 2762	
24	PERIGUEUX	Dr. Philippe LATASTE Dr. J. MARIE	05.53.45.26.00 05.53.45.26.43
40	DAX	Dr Katell ANDRE Dr. Laurence CAUNEGRE Dr Yann GERARD	05.58.91.48.91
	MONT-DE-MARSAN	Dr. Carine COURTAULT Dr Sten DE WITTE	05.58.05.11.60
47	AGEN	Dr. Patrick RISPAL	05.53.69.70.60
	MARMANDE-TONNEINS	Dr. M Christine DI PALMA	05.53.20.30.01
	VILLENEUVE S/LOT	Dr. Isabelle CHOSSAT	05.53.40.53.15
64	BAYONNE	Dr. François BONNAL Dr. Sophie FARBOS Dr. M.Claude GEMAIN	05.59.44.37.33
	ORTHEZ	Dr. Yann GERARD	05.59.69.73.35 05.59.69.74.06
		PAU	Dr. Valérie GABORIEAU Dr. Eric MONLUN

(Version 08.04.13)

ANNEXE 3 : Dérogation du conseil national du SIDA

Dérogation du Conseil national du SIDA du 12 mars 2009

Reprise dans la dernière circulaire du 2 avril 2009

En l'état actuel du droit, qui ne prévoit pas dans la majorité des cas qu'un patient puisse être représenté par autrui, le Conseil national du sida fait les recommandations suivantes.

- 1) Dans les situations d'urgence, très rares, qui réunissent les quatre conditions suivantes :
 - premièrement, un professionnel de santé a subi un accident avec exposition au virus transmissible ;
 - deuxièmement, le statut sérologique pour le VIH du patient source n'est pas connu, et le patient n'a pas exprimé antérieurement de refus d'un test de dépistage ;
 - troisièmement, le patient source est dans une situation médicale particulière qui l'empêche de répondre à une proposition de test de dépistage, cette situation pouvant être un coma ou une perte de conscience prolongée ;
 - Toutes les démarches doivent être entreprises pour recueillir son consentement, contacter son représentant légal dans les meilleurs délais. Si celui-ci ou la personne de confiance ne sont pas en mesure de répondre aux demandes, le consentement du patient source ou de son représentant est réputé ne pouvoir être obtenu.

Le consentement du patient source pour effectuer un test de dépistage de l'infection par le VIH en milieu hospitalier (public ou privé) peut ne pas être requis.

De telles situations d'urgence mettent en effet en jeu les chances d'efficacité maximale du traitement pour le soignant blessé en cas de transmission du VIH, dans la mesure où ces chances sont liées à la mise en œuvre la plus précoce possible du traitement. Ces situations doivent demeurer exceptionnelles.

- 2) Si de telles situations devaient survenir, le service hospitalier concerné devra scrupuleusement respecter les règles en matière de dépistage que sont la prescription du test par un médecin, la délivrance dans le cadre d'un entretien médical du résultat du test de dépistage au patient source, et, en cas de résultat positif, la mise à disposition du patient source de toute information sur la prise en charge médicale et médico-sociale, ainsi que la proposition de prise en charge elle-même.

Le Conseil national du sida conseille vivement que, pour l'application de ces règles, le service hospitalier sollicite l'assistance d'un médecin (ou d'une équipe médicale) expérimenté(e) dans le domaine du VIH-sida.

- 3) En dehors de ces situations d'urgence, les règles essentielles applicables en milieu hospitalier en matière de dépistage, portant notamment sur la double obligation de l'information préalable et du recueil du consentement éclairé du patient, doivent impérativement être appliquées de manière stricte dans les établissements concernés

ANNEXE 4 : Bon de virologie à joindre au prélèvement du patient source

Bon de virologie (fiche page suivante)

Intérêt :

- pouvoir relier les sérologies des sujets « sources » et « exposés »
- identifier le(s) prescripteur(s) pour remise de résultats sans retard
- repérage pour le laboratoire d'une analyse à réaliser en urgence

Au CHU de Bordeaux, les examens systématiquement réalisés sur les prélèvements du patient source sont les suivants :

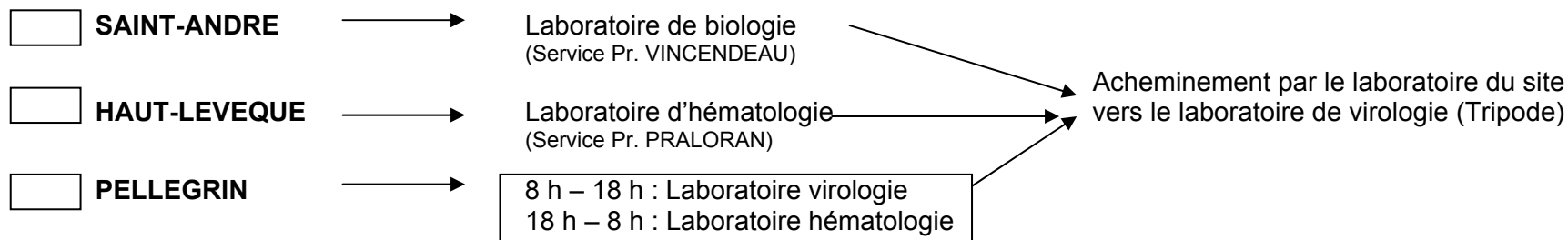
- Sérologie VHB : AgHBs, Ac anti HBs, Ac anti HBc
- Sérologie VHC : recherche quantitative de l'ARN VHC
- Sérologie VIH : **test VIH rapide** (test réalisé 24 heures/24 et 7 jours/7 au CHU de Bordeaux), tests de confirmation par les techniques ELISA 1 et 2, recherche de l'Agp24

**PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG PROFESSIONNELS ET SEXUELS
LABORATOIRE DE VIROLOGIE**

Bien remplir les parties 1 – 3A – 3 B

❶ **MEDECIN PRESCRIPTEUR : NOM** **N° TEL (ou BIP) :**
(Pour communication du résultat du VIH rapide)

❷ **ACHEMINEMENT DES TUBES**



❸ **IDENTITES :**

<p>3 A</p> <p><u>PATIENT SOURCE</u></p> <p>(Etiquette)</p>
--

<p>3 B</p> <p><u>SUJET EXPOSE</u></p> <p>- NOM :</p> <p>- PRENOM :</p> <p>- Date de naissance :</p>	
<p>AGENT CHU</p>	
<p>AUTRE</p>	

❹ **PRELEVEMENT:**

PATIENT SOURCE

Réalisation : **1 à 2 tubes secs géloses jaunes** (ou tubes rouges)

ANNEXE 5 : Conduite à tenir vis-à-vis du VIH

Prise en charge des AEV professionnels / statut VIH du patient source

Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS n° 2003/165 du 2 avril 2008

Statut VIH de la source		
	positif Probabilité de transmission par acte (PTA)	inconnu
Piqûre avec aiguille après geste en IV ou IA	PTA : 0,18%-0,45% (1) Traitement recommandé	Traitement recommandé si sujet source UDIV ou ayant des pratiques sexuelles homosexuelles, bisexuelles ou à risques ou appartenant ou vivant dans une communauté (pays) où l'épidémie est généralisée*
Autres expositions percutanées : - piqûre avec aiguille à suture ou après geste en IM ou SC - coupure par bistouri	PTA : 0,18%-0,45% (1) Traitement recommandé	Traitement non recommandé**
Expositions cutanéomuqueuses : contact d'une quantité importante de sang sur muqueuse ou peau lésée	PTA : 0.006-0.19% (1) Traitement recommandé si durée d'exposition prolongée (>15 min)	Traitement non recommandé**
Autres cas : morsures, griffures, contact sanguin sur peau intacte, contact de quelques gouttes de sang sur muqueuse ou peau lésée, contact avec un autre liquide biologique (ex : salive, urines),...	Traitement non recommandé**	Traitement non recommandé**
<p>1- D'après le rapport YENI 2010</p> <p>* Pays dans lesquels la prévalence de l'infection est régulièrement supérieure à 1% chez les femmes enceintes ; pays d'Afrique sub-Saharienne, certains pays d'Asie du sud est et du sud, certains pays d'Amérique latine et centrale</p> <p>** La balance bénéfique / risque n'est pas en faveur de la mise en route d'un traitement prophylactique, sauf dans des situations particulières qui sont à évaluer après consultation d'un avis spécialisé. Par ailleurs, il est recommandé que le sujet exposé soit pris en charge avec un dépistage initial et orienté pour un suivi clinique et sérologique, et, dans un souci pédagogique, de lui fournir un conseil sur son comportement face au risque d'infection à VIH.</p>		

ANNEXE 7 : Modalité de la prise du traitement prophylactique et de son suivi

Document d'information remis à l'accidenté

UN TRAITEMENT VIENT DE VOUS ETRE PRESCRIT SUITE A UNE SITUATION A RISQUE POUR LA TRANSMISSION DU VIH

Vous venez de vivre une situation qui a pu comporter un risque de transmission du VIH et vous avez consulté un médecin. Vous avez pu aborder avec lui les circonstances dans lesquelles cette situation est survenue.

En dialoguant avec vous, le médecin a analysé l'importance du risque encouru, l'existence ou non des facteurs susceptibles de l'aggraver et il vous a prescrit un traitement pour réduire au maximum le risque d'infection.

Cette première consultation doit être suivie de plusieurs autres, afin de confirmer que vous n'avez pas été infecté.

Pendant toute la durée du suivi, il vous est fortement recommandé d'utiliser un préservatif lors de relations sexuelles.

Ces consultations sont l'occasion de poser au médecin toutes les questions que vous souhaitez. Elles peuvent permettre de faire le point sur vos pratiques personnelles et de vous interroger sur votre attitude face au risque. Elles vous aideront à adapter vos comportements de façon à éviter une autre exposition au VIH.

Vous pouvez aussi à tout moment en parler en appelant le numéro vert (anonyme confidentiel et gratuit) de :

SIDA INFO SERVICE : 0 800 840 800

LES MODALITES DU TRAITEMENT

Le médecin vous a prescrit deux ou trois médicaments. La durée du traitement est d'un mois.

Chacun de ces médicaments doit être pris plusieurs fois par jour à des horaires précis. C'est à vous, avec l'aide de votre médecin d'aménager ces horaires en fonction de votre emploi du temps et surtout de vos heures de repas.

Pour être mieux absorbés par votre organisme, certains médicaments doivent être pris à distance des repas ; d'autres sont incompatibles avec la consommation de graisses. Des professionnels sont là pour vous soutenir, vous écouter et vous aider à vous organiser.

Le médecin peut vous orienter vers cette possibilité d'accompagnement qui vous sera très utile pour mieux comprendre et donc mieux suivre votre traitement.

LES AVANTAGES DE CE TRAITEMENT

La traitement, par une association de plusieurs médicaments, a pour objectif de vous éviter une contamination par le VIH.

Il n'est pas possible de vous garantir son efficacité, mais la prescription d'un seul de ces médicaments (Rétrovir*) lors des accidents chez les professionnels de la santé a permis de réduire de 80% la transmission du VIH.

La réussite dépend également de vous : en effet, son efficacité est aussi liée à la régularité des prises pendant cette période limitée

LES INCONVENIENTS DE CE TRAITEMENT

Ces traitements sont contraignants ; nombre élevé de prises, plusieurs produits, horaires stricts, contraintes alimentaires...

Ils peuvent provoquer chez certaines personnes des effets indésirables : par exemple nausées, vomissements, fatigue... N'hésitez pas à joindre ou à consulter le médecin qui vous a prescrit le traitement ou votre médecin traitant.

QUELQUES CONSEILS

Vous avez oublié une prise de médicaments :

- c'était il y a moins de 2 heures ; prenez le ou les médicament(s) oublié(s), si cela est compatible avec les délais recommandés par rapport au repas et à la prise des autres médicaments.
- c'était il y a plus de 2 heures : attendez la prochaine prise et ne prenez pas une double dose (aucun intérêt et risque d'entraîner des effets indésirables).

Vous avez vomi :

- moins de 30 minutes après la prise de votre traitement : reprenez les comprimés concernés.
- après 30 minutes : ne reprenez pas vos comprimés, et à la prise suivante, prenez la dose normale.

VOS PROCHAINS RENDEZ-VOUS

NUMEROS UTILES

Sida info Service : 0 800 840 800

Le médecin qui vous suit pour ce traitement :

Nom :

Téléphone

**CE GUIDE A PU ETRE ACTUALITE GRACE A LA PARTICIPATION DES
MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL « AEV »
DU COREVIH AQUITAINE**

Blaizeau Marie José	Corevih Aquitaine
Bouhier Frédéric	Aides / Vice-président Corevih Aquitaine
BOUYER Jean jacques	Groupe d'Aide psychologique et Sociale
BRUYAND Mathias	COREVIH
BUISSON-VALLES	Dirrecte
CAUNEGRE Laurence	Centre hospitalier de Dax (Service maladies infectieuses)
CHERMAK Faiza	CHU (GH Haut Lévêque – Service d'hémato-gastro entérologie)
ESCOLANO Julien	Enipse
GORDO Claude	Actif'Santé
DOUHAUD Gérard	Aides Gironde
ESQUER Catherine	CHU (Médecine du travail)
FOUCHER Juliette	CHU (GH Haut Lévêque – Service d'hémato-gastro entérologie)
HESSAMFAR Mojgan	CHU (Service maladies infectieuses GH St André)
HOSTYN Véronique	
LACOSTE Denis	CHU (Service maladies infectieuses GH St André) Pdt Corevih
OLLIVIER Sylvie	CHU (Médecine du travail)