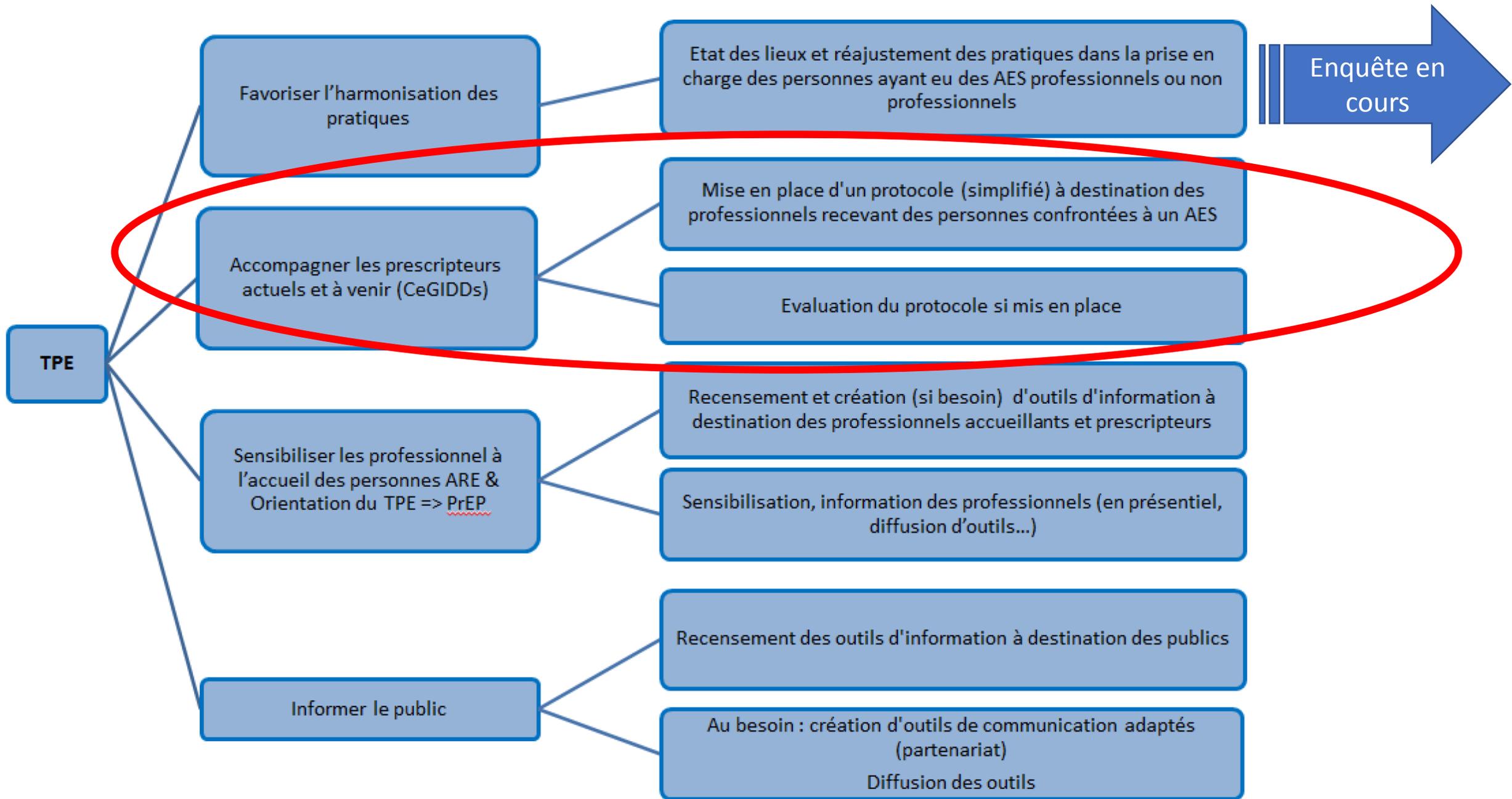


TPE INTERCOREVIH

DUVIVIER	Claudine	Necker	claudine.duvivier@aphp.fr
BERNON	Marie-Astrid	Conseil Départemental de L'Essonne	MABernon@cd-essonne.fr
BOO	Nicolas	CeGIDD Hôtel Dieu / CeGIDDs Belleville et Ridder (Ville de Paris)	nicolas.boo@paris.fr
BOUKLI	Narjis	Saint Antoine	narjis.boukli@aphp.fr
BROUERS	Anne-Françoise	CDPS de Juvisy	afbrouers@cd-essonne.fr
LAVERGNE	Annick	CMS/CeGIDD RIDDER (75014)	annick.lavergne@paris.fr
LEROY	Pierre	SMI-MI Lariboisière	pierre.leroy@aphp.fr
LOPEZ ZARAGOZA	José Luis	CH Henri Mondor - Immuno & Maladies infectieuses	jose-luis.lopez-zaragoza@aphp.fr
ROLLAND	Camille	Conseil Départemental de la Seine Saint Denis	crolland@seinesaintdenis.fr
GARIAZZO	Joëlle	pharmacienne du service expertise santé de la DPMIS au CD de l'Essonne	JGariazzo@cd-essonne.fr



1. Référentiel Traitement, suivi et organisation de la délivrance du TPE

Objectif : en s'appuyant sur les rapports d'experts et en effectuant les mises à jour nécessaires, produire un référentiel pour la délivrance du TPE et l'organisation de l'accueil, de la délivrance du traitement de suivi des patients ayant subi un AES, utilisable par tous les types de structures & professionnels amenés à prescrire le TPE : services d'accueil des urgences, services hospitaliers, CeGIDD.

La question de l'articulation entre la délivrance du traitement d'urgence (3 jours) et la suite du traitement et du suivi devra faire l'objet d'une attention particulière car les organisations seront différentes selon les structures (présence et capacité d'une pharmacie interne, relais ou suivi dans la même structure...).

Il est prévu de remettre également une note d'information aux patients sur le TPE et le suivi.

Les TPE après AES en milieu hospitalier (lien avec la médecine du travail), après exposition sexuelle ou à des liquides biologiques feront l'objet de ce groupe de travail.

Coordinatrice : Claudine DUVIVIER (Hôpital Necker) : claudine.duvivier@aphp.fr

En 2014, le GERES (groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants) en collaboration avec les COREVIH (comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine) d'Ile-de-France₂, a recensé 2 688 expositions à risque observées dans 13 hôpitaux de la région avec la répartition suivante :

- 42 % d'accidents d'exposition sexuelle dont 72 % ont reçu un traitement post exposition (TPE), parmi ces personnes : 26 % ont été suivies au 2^{ème} mois et 15 % au 3^{ème} et 4^{ème} mois;
- 39 % d'accidents d'exposition professionnelle dont 9% ont justifié la prescription d'un TPE
- 19 % avec une origine non précisée.

Choice of Antiretroviral Drugs for Postexposure Prophylaxis for Adults and Adolescents: A Systematic Review

CID 2015;60(S3):S170–6

Nathan Ford,¹ Zara Shubber,² Alexandra Calmy,³ Cadi Irvine,¹ Cristiane Rappardini,⁴ Olawale Ajose,⁵ Rachel L. Beanland,¹ Marco Vitoria,¹ Meg Doherty,¹ and Kenneth H. Mayer^{6,7}

¹Department of HIV/AIDS, World Health Organization, Geneva, Switzerland; ²Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College London, United Kingdom; ³HIV/AIDS Unit, Infectious Disease Service, Geneva University Hospital, Switzerland; ⁴Riscobiologico.org Network, Rio de Janeiro, Brazil; ⁵Clinton Health Access Initiative, ⁶The Fenway Institute, Fenway Health, and ⁷Department of Medicine, Beth Israel Deaconess Medical Centre and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

Taux d'achèvement du TPE par bithérapies (TDF/FTC ou AZT/3TC) :

- 78,4 % [IC 95% : 66,1 %-90,7 %] sous TDF
- 58,8 % [IC 95 %, 47,2 %-70,4 %] sous AZT

Taux d'abandon de la TPE pour EI :

- TDF (0,3 % ; IC 95 %, 0 %-1,1 %)
- AZT (3,2 % ; IC 95 %, 1,5 %-4,9 %).

Taux d'achèvement de la TPE Trithérapies

- ZDV/3TC+LPV/r :59,1 % [IC 95 %, 36,2 %-82,0 %]
- TDF/FTC+LPV/r: 71,1 % [IC à 95 %, 43,6 %-98,6 %]
- TDF/FTC+RAL: 74,7 % [IC 95 %, 41,4 %-100 %]
- TDF+FTC+DRV/r : 93,9 % [IC 95 %, 90,2 %-97,7 %]

Taux d'abandon de la TPE pour EI:

- TDF+FTC+RAL : 1,9 % [IC 95 %, 0 %-3,8 %]
- ZDV+3TC+ ATV/r :21,2 % [IC 95 %, 13,5 %-30,0%]

PEPDar: A randomized prospective noninferiority study of ritonavir-boosted darunavir for HIV post-exposure prophylaxis

G Fätkenheuer,^{1,2} H Jessen,³ A Stöhr,⁴ N Jung,¹ AB Jessen,³ T Kümmerle,¹ M Berger,⁵ JR Bogner,⁶ CD Spinner,⁷ C Stephan,⁸ O Degen,⁹ R Vogelmann,¹⁰ P Spomraft-Ragaller,¹¹ E Schnaitmann,¹² B Jensen,¹³ A Ulmer,¹⁴ JM Kittner,¹⁵ G Härter,¹⁶ P Malfertheiner,¹⁷ J Rockstroh,¹⁸ G Knecht,¹⁹ S Scholten,²⁰ T Harrer,²¹ WV Kem,²² B Salzberger,²³ D Schürmann^{2,4} and B Ranneberg²⁵

HIV Med. 2016 Jun;17(6):453-9

Taux d'abandon DRV/r était de 6,5 % vs 10,0 % SOC (LPV/r) (p=0,243).

EI sous DRV/r = 68 % vs SOC =75 % (P = 0,169).

Conclusion : La non-infériorité de DRV/r par rapport à SOC démontrée

A randomized clinical trial comparing ritonavir-boosted lopinavir versus raltegravir each with tenofovir plus emtricitabine for post-exposure prophylaxis for HIV infection

Lorna Leal^{1,2}, Agathe León^{1,2}, Berta Torres¹, Alexy Inciarte¹, Constanza Lucero¹, Josep Mallolas¹, Montserrat Laguno¹, María Martínez-Rebollar¹, Ana González-Cordón¹, Christian Manzano¹, Jhon Rojas¹, Judit Pich¹, Joan A. Arnaiz¹, Josep M. Gatell^{1,2} and Felipe García^{1,2*} on behalf of the RALPEP Study Group†

JAC 2016; 71: 1987–1993

Aucune différence entre les 2 bras armes le taux d'achèvement de la PPE, inobservance du TPE n'a pas été décelé

EI > TDF/FTC+LPV/r versus TDF/FTC+RAL (73.4% versus 60.2%, p= 0.007)

Ces données renforce l'utilisation du RAL comme 3^e agent TPE

Tenofovir DF/emtricitabine/rilpivirine as HIV post-exposure prophylaxis: results from a multicentre prospective study

Marie Chauveau^{1*}, Eric Billaud^{1,2}, Bénédicte Bonnet¹, Dominique Merrien³, Hikombo Hitoto⁴, Sabelline Bouchez¹, Christophe Michau⁵, Nolwenn Hall¹, Lucia Perez⁴, Solène Sécher², François Raffi^{1,6} and Clotilde Allavena^{1,6} on behalf of the COREVIH Pays de la Loire Study Group† *JAC 2019 Apr 1;74(4):1021-1027.*

¹Department of Infectious Disease, CHU Hôtel-Dieu, Nantes, France; ²COREVIH Pays de la Loire, CHU Hôtel-Dieu, Nantes, France; ³Internal Medicine Department, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon, France; ⁴Internal Medicine Department, CH Le Mans, France; ⁵Internal Medicine Department, CH St Nazaire, France; ⁶CIC UIC 1413 INSERM, CHU Nantes, France

Etude observationnelle, prospective, multicentrique, multicentrique, ouverte, non randomisée du TPE par TDF/FTC/RPV

Résultats : De mars 2016 à mars 2017, 163 cours de PPE ont été prescrits pour 150 expositions sexuelles (44 % d'hétérosexuels et 56%MSM) et 13 expositions non sexuelles. 5 arrêts pour non indication à TPE.

Taux d'achèvement du TPE 86,1 %

9,5 % ont été perdues de vue (S4-S7)

4,4 % arrêt prématuré (décision/non observance du patient n=3) ou EI (gastro-intestinaux n=3, fatigue n=1).

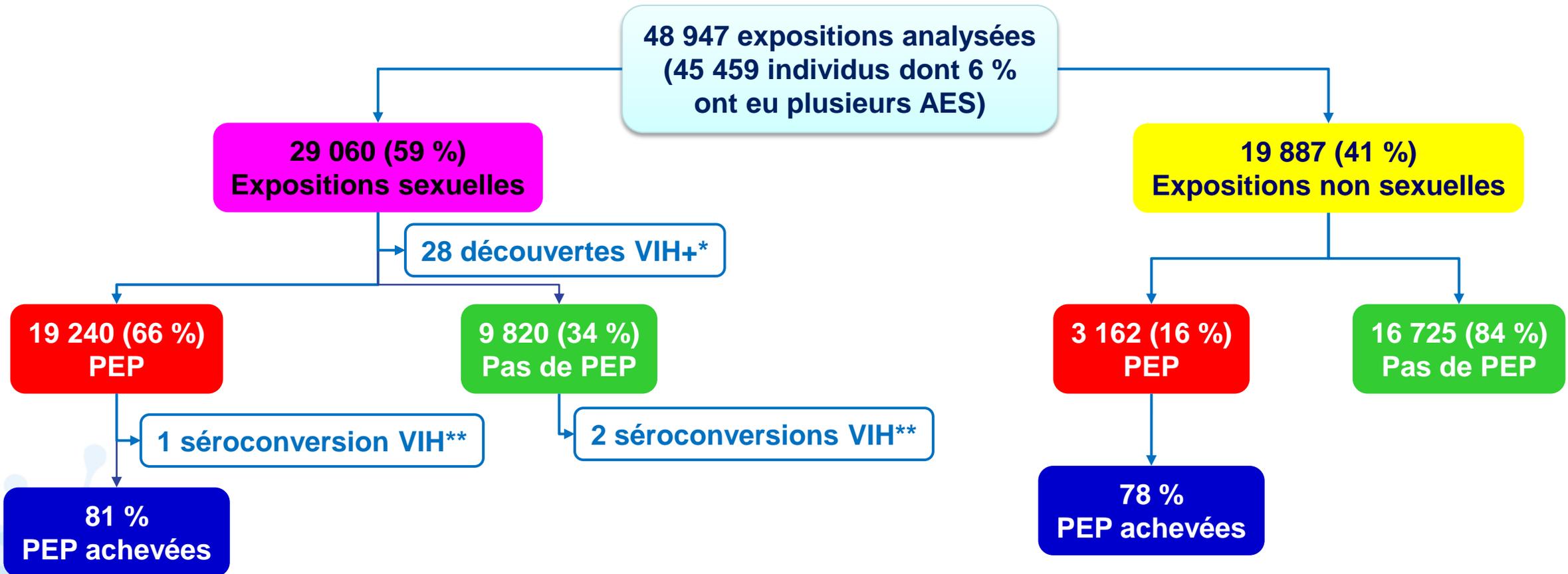
Dans l'ensemble, 69,6 % des participants a déclaré au moins un effet indésirable, la plupart d'intensité modérée et légère et aucun effet indésirable grave ou hépatique ou d'une toxicité rénale.

Aucune séroconversion au VIH n'est survenue au cours de la semaine 16.

Conclusions : Le faible taux d'interruption prématurée du traitement, la bonne tolérabilité et l'absence de séroconversion au VIH documenté renforce l'utilisation de TDF/FTC/RPV/ 28 jours en TPE

Prophylaxie post-exposition en France sur la période 2004-2017 (Cohorte Dat'AIDS) (1)

- Etude rétrospective (période janvier 2004-décembre 2017) dans cohorte Dat'AIDS (22 centres)



* 28 sujets déjà VIH+ : certains se présentent pour la première fois (n = 20), 2^{ème} fois (n = 7) ou la 4^{ème} fois (n = 1)

** 3 sujets après exposition sexuelle ont séroconverti pendant le suivi : 1 avait arrêté la PEP après 2 jours pour effets indésirables et 2 n'avaient pas reçu de PEP du fait d'une consultation tardive (> 72 h)

Prophylaxie post-exposition en France sur la période 2004-2017 (Cohorte Dat'AIDS) (2)

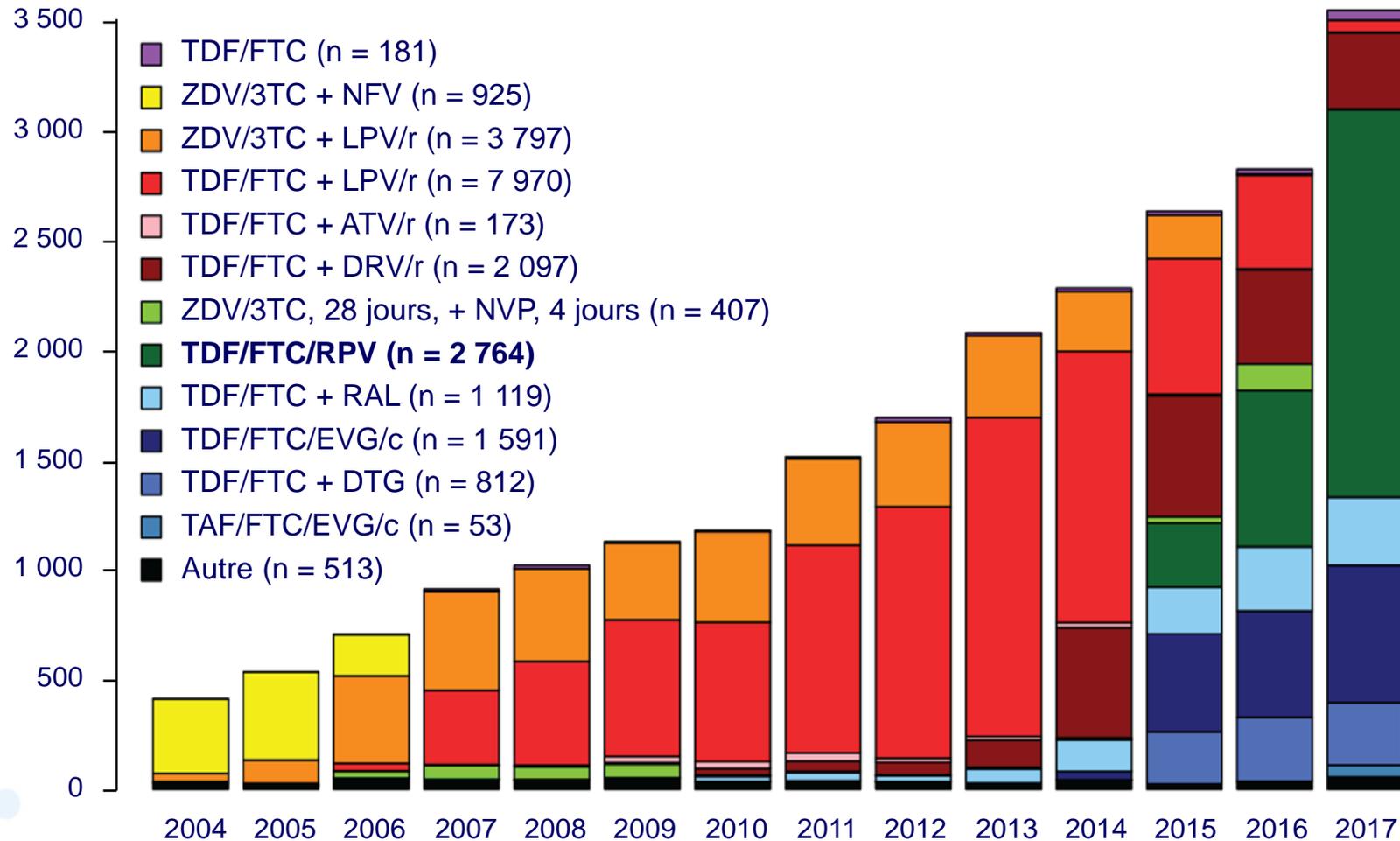
Caractéristiques des expositions

	Expositions sexuelles (n = 29 060)	Expositions non sexuelles (n = 19 887)
Hommes, %	69	31
HSH	36	
Hommes hétérosexuels	33	
Femmes hétérosexuelles, %	31	
Age médian	29 ans	31 ans
Evaluation initiale, %		
Urgences	35	18
Unité VIH	65	82
Statut source, %		
Connu VIH+	12	12
Inconnu	85	71
Dépistage réalisé	3	27
Testé positif	4	1
Usage préservatif, %	52	
Rapport avec travailleur(se) du sexe, %	11	
Viol, %	10	

- **Prédicteurs de l'usage d'un préservatif**
 - 48 % de déclarations de non usage d'un préservatif
 - L'usage du préservatif diminue avec l'année d'exposition, rapport HSH, viol
 - L'usage du préservatif augmente avec l'âge, un rapport avec un travailleur(se) du sexe, un partenaire femme, la connaissance du statut sérologique du partenaire
- **Arrêts prématurés et prédicteurs d'une PEP complète :**
 - Globalement 20 % des sujets ont arrêté la PEP dans les 20 premiers jours
 - L'arrêt prématuré est attribué dans 26 % des cas à des effets indésirables, 65 % au choix du sujet et 9 % à une autre cause
 - L'arrêt prématuré n'est pas retrouvé associé à un traitement particulier
- Les facteurs retrouvés associés à une PEP complète : âge, rapport HSH, rapport avec travailleur du sexe, viol, source VIH+, blessure non superficielle
- **Taux de contrôle sérologique à la fin du suivi : 31 %**

Prophylaxie post-exposition en France sur la période 2004-2017 (Cohorte Dat'AIDS) (3)

Différents traitements utilisés en PEP entre 2004 et 2017



Exposition	  2016	 2017	 2019	 2018	 2017
Temps maxi entre AES et prise en charge	≤72 h	≤72 h	≤72 h	≤48-72 h	≤48 h
AES Si VIH +	<p>∀ les liquides les pratiques ou l'exposition => TPE +</p>	<p>matériel souillé par du sang ou un liquide (sperme, sécrétions vaginales ou tout liquide organique contaminé par du sang). Exposition percutanée, Exposition de la membrane muqueuse ou de la peau non intacte, ou Exposition sexuelle (vagin ou rectum) => TPE+ => expert si contrôle CV possible</p>	Cf autre tableau	Cf autre tableau	Cf autre tableau

Exposition	  2016	 2017	 2019	 2018	 2017
<p>AES Si inconnu</p>	<p>Cas par cas Dpd du risque</p>	<p>Cas par cas : haut Risque si : PIUD HSH Personnes ayant reçu de multiples transfusions de sang ou de produits sanguins (p. ex. hémophiles) avant novembre 1985 Partenaires sexuels de personnes connues pour être séropositives ou à haut risque de l'être</p>			
<p>Aiguilles abandonnées</p>		<p>Pas de TPE</p>			<p>Pas de TPE</p>

Exposition Risk /10000 expositions	  2016	 2017	 2019	 2018	 2017
Partage de seringues			TPE+	TPE+	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> si VIH + CV détectable ou inconnu à risque =>TPE + si indétectable => TPE - </div>
Piqûre, coupure			TPE+	TPE+ VIH+ ou inconnu mais de facteurs de risque VIH	
Rapport réceptif anal			TPE +*	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> TPE + si VIH + avec virémie ou inconnu mais à risque VIH. Si source sous TARV, la TPE + refaire CV si indétectable, Arrêt TPE </div>	
Rapport réceptif vaginal			TPE+*		
Rapport insertif anal			TPE+*		
Rapport insertif vaginal			TPE+*		
Fellation insertive Fellation réceptive			TPE-	TPE + Si CV détectable **	TPE - TPE + Si CV détectable

* sauf si CV < 200 cp/ml >6 mois

** Si la personne source VIH+ est sous TARV, prescrire un test de résistance si CV détectable

Exposition	  2016	 BRITISH COLUMBIA CENTRE for EXCELLENCE in HIV/AIDS 2017	 2019	 2018	 2017
Morsure, Exposition muqueuse ou peau non saine (gros volume) crachats, projection de fluide (sperme et salive) Partage Sex toys			TPE + si CV détectable ou inconnu TPE - TPE+		Pas de TPE

Recommandations TPE	  2016	 2017	 2019	 2018	 2017
TPE recommandé 1 ^{er} intention	TDF/FTC + RAL 400x2	TDF + 3TC 150 BID + RAL 400 BID	TDF/FTC + RAL 400 BID ou 1200 QD	TDF/FTC + RAL BID	TDF/FTC Ge + RIL
TPE alternatif	TDF/FTC + DRV/r QD		TVD + LPV/r BID	AZT/3TC + DRV/r QD ou LPV/r BID ou DTG QD	TDF/FTC Ge ou AZT/3TC BID +DRV/R QD ou RAL BID ou TDF/FTC/EVG/Co
Kit de TPE	3-7 j	5j	3j	3j	3j à 5j

Suivi TPE	  2016	 2017	 2019	 2018	 2017
Sérologie VIH	BL, S4-S6, S12 et S24	BL, S4, S7, S24	BL, S3-S4, S12	BL	BL, S6, S12 si TPE
Sérologie VHB	BL et S24	BL	BL, +/- S12 si vaccination	BL	BL, S12 si Risque ou vaccination
Sérologie VHC ARN VHC	BL et S24	BL	BL, S3-S4, S12 S4 et +/-S12	BL, S4 S4	BL, S12 S6 si source VHC+
Sérologie Syphilis	BL et S24	BL	BL, S12		BL, S6
IST C/G Grossesse si applicable	BL et S24	BL	BL, C J14/GJ7	BL	BL, S6 BL
Créatinine ASAT , ALAT	BL et S4-S6		BL	BL	BL, S2 si TPE S6 si source VHC+
NSF Creatinine		BL , S2 et/ou S4	BL, S2 +/- S4		

PRIX TPE pour 1 mois (28 jours)

Molécules	FTC/3TC	RIL	RAL 400 BID RAL 1200 QD	DRV/r 800/100 QD	LPV/r	DTG
Génériques (Ge)	170,97 €			176,05 € + 21,23 €	Lopinavir /ritonavir 190,09 €	
Princeps	Truvada® 341,21 €	Edurant® 240,06 €	Isentress® 551,02 €	Prezista® 332,89 € + 21,23€	Kaletra® 437,99 €	Tivicay® 551,02€
Prix TPE Princeps	TVD	=554,81 €	=892,23 €	695,33 €	779,20 €	892,23 €
Prix TPE Ge	FTC/TDF	=411,03 €	=721,99 €	=368,25 €	361,26 €	1063,20 €
Prix TPE STR®	(FTC/TDF/RIL) Eviplera® =621,24 €		FTC/TDF/EVG/Co Stribild® = 877,45 €			

Rétrocession pharmacie hospitalière tarifs négociés particulièrement intéressant (ex : boîte de TDF/FTC générique de Mylan coûte à l'AP environ 10€)

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Prise en charge des accidents
d'exposition sexuelle et au sang
(AES) chez l'adulte et l'enfant
(septembre 2017)

Circuit de prise en charge (recommandations françaises Rapport d'experts)

Circuit hospitalier

Le dispositif de prise en charge initiale des AES est double reposant selon les circonstances soit sur les SAU puis les services de spécialité pour la réévaluation de la prescription initiale et le suivi ultérieur, soit d'emblée sur les services de spécialité.

La qualité de la prise en charge initiale nécessite la prise en compte de procédures d'orientation dès l'accueil, la formation des équipes soignantes, le respect des conditions de confidentialité et le développement de liens entre la pharmacie hospitalière et les services référents pour le VIH assurant le suivi. L'évaluation du dispositif initial impose également de vérifier la qualité des prescriptions initiales (respect des recommandations, respect des contre-indications des traitements antirétroviraux et adaptation du traitement au profil de résistance du virus de la personne source) et de garantir l'accès à plusieurs combinaisons d'antirétroviraux (par l'intermédiaire de la pharmacie hospitalière dans les rares situations où le kit habituel ne pourrait être utilisé). La mise à disposition de TROD (test rapide d'orientation diagnostique) auprès de l'urgentiste facilite les indications de prescription lorsque la personne source est présente. L'évaluation du dispositif implique de collecter les données et de préciser le pourcentage de patients revus en consultation de suivi spécialisé, ainsi que le pourcentage de suivis sérologiques réalisés complètement. Le suivi de ces indicateurs de qualité et l'évaluation des procédures mises en place (conseils d'orientation formalisés, plages de consultation sans rendez-vous pour le suivi...) sont indispensables.

Circuit de prise en charge (recommandations françaises Rapport d'experts)

Circuit extra-hospitalier

La création des CEGIDD et de centres de santé sexuelle associatifs, permet à de nouveaux acteurs d'intervenir dans la prise en charge des AES. La mise à disposition et la délivrance de kits thérapeutiques de démarrage (starter kits) par des médecins ou, par délégation de tâches, par des personnels non médicaux est souhaitable afin d'élargir le dispositif.

Le rôle du médecin généraliste dans le suivi de la tolérance du TPE et des sérologies post-exposition est souhaitable et doit être encouragé.

L'accès au TROD VIH devrait être possible dans toutes les structures de dépistage, y compris non hospitalières, qui pourraient accueillir des personnes consultant pour un AES. Il faut cependant garder en tête que la sensibilité de ces tests pour le diagnostic de primo-infection n'atteint pas celle des tests Elisa.



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL

INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE 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

Date d'application : immédiate

NOR : SSAP1906043J

Classement thématique : protection sanitaire

Validée par le CNP le 19 mars 2019 - Visa CNP 2019-18

III. LES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE

Pour l'accueil et la prise en charge des personnes exposées, le dispositif repose, selon la nature de l'accident, sur :

- le service de maladies infectieuses et tropicales ;
- les SU (structures des urgences) ;
- les CeGIDD (sites principaux et antennes) hospitaliers et non hospitaliers.

III.1 Le parcours de prise en charge des AES

III.1.1 AES professionnel

Les services de maladies infectieuses et tropicales et les structures des urgences sont privilégiés pour l'accueil et la prise en charge des AES professionnels quel que soit le cadre d'emploi du professionnel (secteur sanitaire, médico-social ou libéral).

III.1.2 Accident d'exposition sexuelle

L'accueil des personnes exposées repose indifféremment sur les CeGIDD, les services de maladies infectieuses et tropicales ou les structures des urgences (SU).

IV.3 Suivi médical après AES

Le suivi médical est assuré :

- par le service spécialisé dans la prise en charge du VIH
- par le CeGIDD

Il peut être également assuré en collaboration avec le médecin du travail en cas d'accident professionnel ou par le médecin traitant, en particulier en l'absence de prescription d'un TPE.

VII. PRISE EN CHARGE FINANCIERE DU TPE ET MODALITES DE DELIVRANCE

VII.1 Dans les établissements de santé ou en officines

Pour l'adulte et l'enfant pris en charge dans un service spécialisé dans la prise en charge du VIH, le TPE dont l'indication est clairement établie est prescrit directement pour une durée conforme aux recommandations en vigueur. Les médicaments antirétroviraux sont alors dispensés soit par une officine, soit par la Pharmacie à usage intérieur (PUI) autorisée à la vente au détail au public (circuit rétrocession), conformément à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique.

En l'absence de médecin référent pour le VIH, lorsque le patient est pris en charge dans une SU, le TPE peut être prescrit pour une durée de 48 à 96 heures par la SU. La dispensation des médicaments antirétroviraux est réalisée alors sous la forme de kits thérapeutiques de démarrage, à partir d'une dotation définie en amont et disponible dans le service de soins, ou par les PUI autorisées à la vente au détail au public (circuit rétrocession). Ces kits thérapeutiques de démarrage sont également pris en charge et facturés à l'assurance maladie au titre de la rétrocession.

La prophylaxie post exposition fait appel à des antirétroviraux qui ne disposent pas d'autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée.

Le recours aux antirétroviraux dans le cadre de la prophylaxie post exposition est une pratique reconnue au plan international qui, pour des raisons de santé publique et bien que ne figurant pas dans les libellés des AMM européennes des antirétroviraux, a conduit l'ANSM à considérer, comme indiqué sur son site⁷, que cette pratique de prescription présente un profil de risque acceptable, au regard du bénéfice pour les patients, même en l'absence de Recommandations temporaires d'utilisation (RTU) compte tenu du grand nombre de spécialités concernées.

Les antirétroviraux peuvent faire l'objet d'une prescription hors AMM dans cette indication et bénéficier d'une prise en charge à 100 % sans reste à charge pour le patient.

VII.2 Dans les CeGIDD

Des crédits sont alloués aux ARS en vue de financer cette nouvelle mission des CegiDD, provenant du Fond d'intervention régional (FIR) qui a désormais vocation à financer les consultations médicales, les examens biologiques spécifiques nécessaires et la délivrance de ces traitements préventifs dont le TPE. La prise en charge des médicaments antirétroviraux, dans le cadre des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant, est assurée sur les crédits du FIR.

BACK UP



Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis
After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational
Exposure to HIV—United States, 2016
from the Centers for Disease Control and Prevention,
U.S. Department of Health and Human Services

MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016 May 6;65(17):458. doi: 10.15585/mmwr.mm6517a5.

Updated US Public Health Service Guidelines for the
Management of Occupational Exposures to Human
Immunodeficiency Virus and Recommendations for
Postexposure Prophylaxis

Kuhar DT, Henderson DK, Struble KA, et al. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to human immunodeficiency virus and recommendations for postexposure prophylaxis. Infect Control Hosp Epidemiol. 2013 Sep;34(9):875-92. doi: 10.1086/672271. Erratum in: Infect Control Hosp Epidemiol. 2013 Nov;34(11):1238.

Figure 1. Algorithm for evaluation and treatment of possible nonoccupational HIV exposures

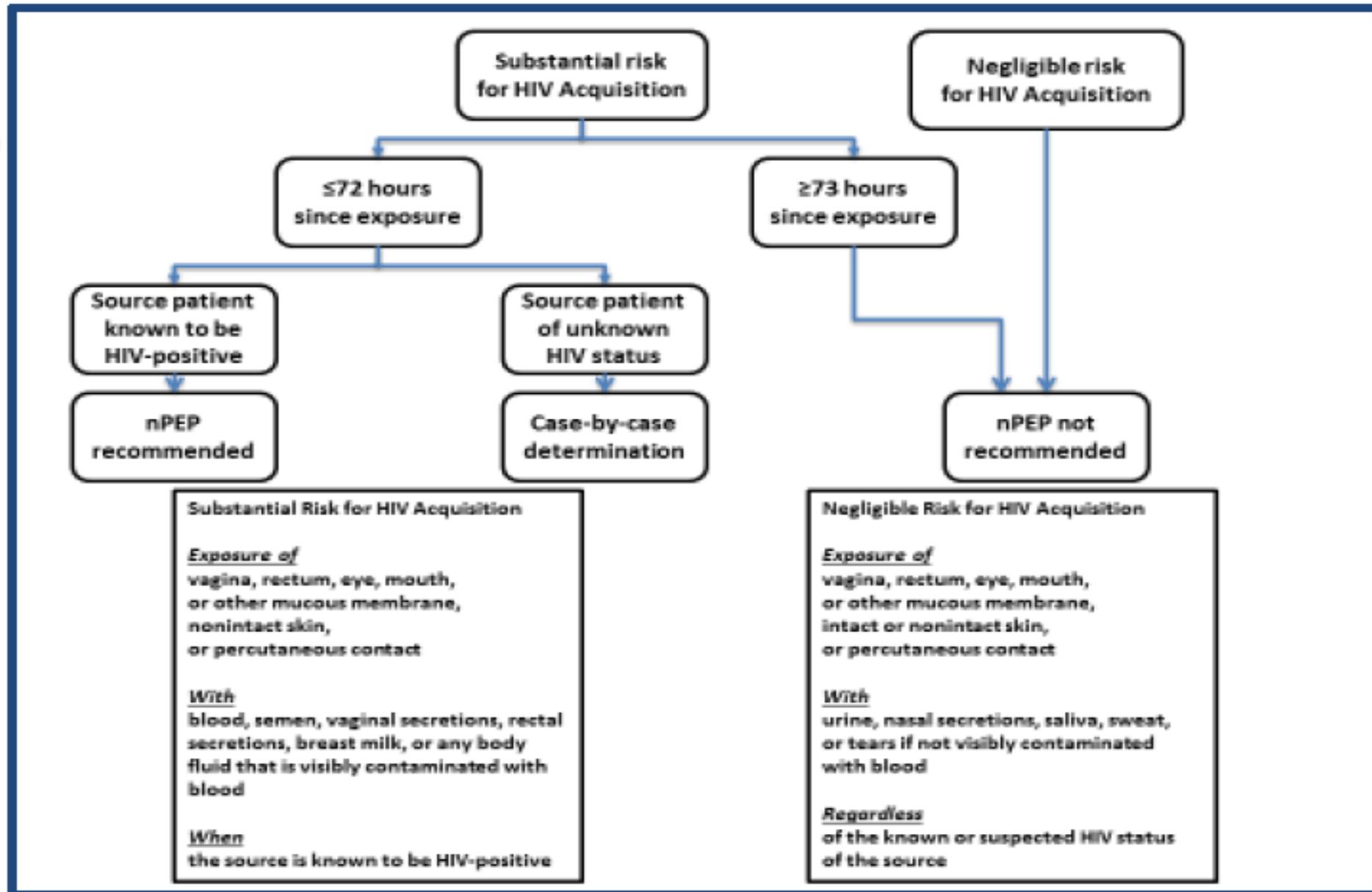




Table 1. Estimated per-act risk for acquiring human immunodeficiency virus (HIV) from an infected source, by exposure act^a

Exposure type	Rate for HIV acquisition per 10,000 exposures
Parenteral	
Blood transfusion	9,250
Needle sharing during injection drug use	63
Percutaneous (needlestick)	23
Sexual	
Receptive anal intercourse	138
Receptive penile-vaginal intercourse	8
Insertive anal intercourse	11
Insertive penile-vaginal intercourse	4
Receptive oral intercourse	Low
Insertive oral intercourse	Low
Other^b	
Biting	Negligible
Spitting	Negligible
Throwing body fluids (including semen or saliva)	Negligible
Sharing sex toys	Negligible

Source: <http://www.cdc.gov/hiv/policies/law/risk.html>

^a Factors that may increase the risk of HIV transmission include sexually transmitted diseases, acute and late-stage HIV infection, and high viral load. Factors that may decrease the risk include condom use, male circumcision, antiretroviral treatment, and preexposure prophylaxis. None of these factors are accounted for in the estimates presented in the table.

^b HIV transmission through these exposure routes is technically possible but unlikely and not well documented.



Table 5. Preferred and alternative antiretroviral medication 28-day regimens for nPEP^{a,b}

Age group	Preferred/ alternative	Medication
Adults and adolescents aged ≥ 13 years, including pregnant women, with normal renal function (creatinine clearance ≥ 60 mL/min)	Preferred	A 3-drug regimen consisting of tenofovir DF 300 mg <i>and</i> fixed dose combination emtricitabine 200 mg (Truvada [®]) once daily <i>with</i> raltegravir 400 mg twice daily <i>or</i> dolutegravir 50 mg once daily
	Alternative	A 3-drug regimen consisting of tenofovir DF 300 mg <i>and</i> fixed dose combination emtricitabine 200 mg (Truvada) once daily <i>with</i> darunavir 800 mg (as 2, 400-mg tablets) once daily <i>and</i> ritonavir ^b 100 mg once daily
Adults and adolescents aged ≥ 13 years with renal dysfunction (creatinine clearance ≤ 59 mL/min)	Preferred	A 3-drug regimen consisting of zidovudine <i>and</i> lamivudine, with both doses adjusted to degree of renal function <i>with</i> raltegravir 400 mg twice daily <i>or</i> dolutegravir 50 mg once daily
	Alternative	A 3-drug regimen consisting of zidovudine <i>and</i> lamivudine, with both doses adjusted to degree of renal function <i>with</i> darunavir 800 mg (as 2, 400-mg tablets) once daily <i>and</i> ritonavir ^b 100 mg once daily



Abbreviations: HIV, human immunodeficiency virus; nPEP, nonoccupational postexposure prophylaxis; tenofovir DF, tenofovir disoproxil fumarate.

a These recommendations do not reflect current Food and Drug Administration-approved labeling for antiretroviral medications listed in this table.

b Ritonavir is used in clinical practice as a pharmacokinetic enhancer to increase the trough concentration and prolong the half-life of darunavir, lopinavir, and other protease inhibitors. Ritonavir is not counted as a drug directly active against HIV in the above “3-drug” regimens.

c Gilead Sciences, Inc., Foster City, California.

d See also Table 6.

e Darunavir only FDA-approved for use among children aged ≥ 3 years.

f Children should have attained a postnatal age of ≥ 28 days and a postmenstrual age (i.e., first day of the mother’s last menstrual period to birth plus the time elapsed after birth) of ≥ 42 weeks.

g AbbVie, Inc., North Chicago, Illinois.

Children aged 2–12 years	Preferred	A 3-drug regimen consisting of tenofovir DF, emtricitabine, and raltegravir, with each drug dosed to age and weight ^d
	Alternative	A 3-drug regimen consisting of zidovudine and lamivudine with raltegravir or lopinavir/ritonavir ^b , with raltegravir and lopinavir/ritonavir dosed to age and weight ^d
	Alternative	A 3-drug regimen consisting of tenofovir DF and emtricitabine and lopinavir/ritonavir ^b , with each drug dosed to age and weight ^d
Age group	Preferred/alternative	Medication
Children aged 3–12 years	Alternative	A 3-drug regimen consisting of tenofovir DF and emtricitabine and darunavir ^e /ritonavir ^b , with each drug dosed to age and weight ^d
Children aged 4 weeks ^f –< 2 years	Preferred	A 3-drug regimen consisting of zidovudine oral solution and lamivudine oral solution with raltegravir or lopinavir/ritonavir ^b oral solution (Kaletra ^g), with each drug dosed to age and weight ^d
Children aged 4 weeks ^f –< 2 years	Alternative	A 3-drug regimen consisting of zidovudine oral solution and emtricitabine oral solution with raltegravir or lopinavir/ritonavir ^b oral solution (Kaletra), with each drug adjusted to age and weight ^d
Children aged birth–27 days	Consult a pediatric HIV-specialist	



Table 2. Recommended schedule of laboratory evaluations of source and exposed persons for providing nPEP with preferred regimens

Test	Source	Exposed persons			
	Baseline	Baseline	4–6 weeks after exposure	3 months after exposure	6 months after exposure
	For all persons considered for or prescribed nPEP for any exposure				
HIV Ag/Ab testing ^a (or antibody testing if Ag/Ab test unavailable)	✓	✓	✓	✓	✓ ^b
Hepatitis B serology, including: hepatitis B surface antigen hepatitis B surface antibody hepatitis B core antibody	✓	✓	—	—	✓ ^c
Hepatitis C antibody test	✓	✓	—	—	✓ ^d
	For all persons considered for or prescribed nPEP for sexual exposure				
Syphilis serology ^e	✓	✓	✓	—	✓
Gonorrhea ^f	✓	✓	✓ ^g	—	—
Chlamydia ^f	✓	✓	✓ ^g	—	—
Pregnancy ^h	—	✓	✓	—	—
	For persons prescribed tenofovir DF+ emtricitabine + raltegravir or tenofovir DF+ emtricitabine + dolutegravir				
Serum creatinine (for calculating estimated creatinine clearance ⁱ)		✓	✓	—	—
Alanine transaminase, aspartate aminotransferase		✓	✓	—	—
	For all persons with HIV infection confirmed at any visit				
HIV viral load	✓			✓ ^j	
HIV genotypic resistance	✓			✓ ^j	

Abbreviations: Ag/Ab, antigen/antibody combination test; HIV, human immunodeficiency virus; nPEP, nonoccupational postexposure prophylaxis; tenofovir DF, tenofovir disoproxil fumarate.

a Any positive or indeterminate HIV antibody test should undergo confirmatory testing of HIV infection status.

b Only if hepatitis C infection was acquired during the original exposure; delayed HIV seroconversion has been seen in persons who simultaneously acquire HIV and hepatitis C infection.

c If exposed person susceptible to hepatitis B at baseline.

d If exposed person susceptible to hepatitis C at baseline.

e If determined to be infected with syphilis and treated, should undergo serologic syphilis testing 6 months after treatment

f Testing for chlamydia and gonorrhea should be performed using nucleic acid amplification tests. For patients diagnosed with a chlamydia or gonorrhea infection, retesting 3 months after treatment is recommended.

- For men reporting insertive vaginal, anal, or oral sex, a urine specimen should be tested for chlamydia and gonorrhea.

- For women reporting receptive vaginal sex, a vaginal (preferred) or endocervical swab or urine specimen should be tested for chlamydia and gonorrhea.

- For men and women reporting receptive anal sex, a rectal swab specimen should be tested for chlamydia and gonorrhea.

- For men and women reporting receptive oral sex, an oropharyngeal swab should be tested for gonorrhea. (<http://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>)

g If not provided presumptive treatment at baseline, or if symptomatic at follow-up visit.

h If woman of reproductive age, not using effective contraception, and with vaginal exposure to semen.

i eCrCl = estimated creatinine clearance calculated by the Cockcroft-Gault formula; eCrClCG = [(140 – age) x ideal body weight] ÷ (serum creatinine x 72) (x 0.85 for females).

j At first visit where determined to have HIV infection.

Figure 2. nPEP considerations summary

Initial nPEP Evaluation

- Obtain history of potential exposure event
 - + HIV and HBV status of exposed person and source person, if available
 - + Timing of most recent potential exposure
 - + Type of exposure event and risk for HIV acquisition
 - + Make determination if nPEP is indicated
- If nPEP is indicated
 - + Conduct laboratory testing
 - HIV blood test (rapid combined Ag/Ab test, if available)
 - STIs, HBV, HCV, pregnancy, and chemistries, as indicated
 - + Prescribe 28-day nPEP course
 - Educate patient about potential regimen-specific side effects and adverse events
 - Counsel patient about medication adherence
 - Provide patient with nPEP prescription or full 28-day nPEP course or nPEP starter pack and prescription
 - + When necessary, assist patients with obtaining nPEP medication through a medication assistance program for the prescribed regimen
- For all persons evaluated
 - + Prescribe prophylaxis for STIs and HBV infection, if indicated
 - + Provide counseling related to HIV prevention strategies, as appropriate
 - + Document sexual assault findings and fulfill local reporting requirements
 - + Conduct confidential reporting of newly diagnosed STIs and HIV infection to health department
 - + Link HIV-infected persons to relevant medical and psychosocial support services

Follow-up evaluations for persons prescribed nPEP

- Conduct HIV and any other indicated laboratory testing
- Consider changing nPEP regimen if indicated by side effects or results of initial testing
- Provide additional counseling and support for medication adherence and HIV prevention, if indicated

Abbreviations: Ag/Ab, antigen/antibody combination test; HBV, hepatitis B virus; HCV, hepatitis C virus; HIV, human immunodeficiency virus; nPEP, nonoccupational postexposure prophylaxis; STI, sexually transmitted infection.

CONCLUSION : Accumulated data from human clinical and observational studies, supported by data from animal studies, indicate that using antiretroviral medication initiated as soon as possible ≤ 72 hours after sexual, injection drug use, or other substantial nonoccupational HIV exposure and continued for 28 days might reduce the likelihood of HIV acquisition. Because of these findings, DHHS recommends prompt initiation of nPEP with a combination of antiretroviral medications when persons seek care ≤ 72 hours after exposure, the source is known to be HIV infected, and the exposure event presents a substantial risk for HIV acquisition by an exposed, uninfected person. When the HIV status of the source is unknown and the patient seeks care ≤ 72 hours after exposure, DHHS does not recommend for or against nPEP, but encourages health care providers and patients to weigh the risks and benefits on a case-by-case basis. When the HIV acquisition risk is negligible or when patients seek care > 72 hours after a substantial exposure, nPEP is not recommended. A 3-drug nPEP regimen is recommended for all persons for whom nPEP is indicated. Providing a 28-day nPEP supply or a 3–7 day nPEP starter pack at initiation of nPEP might improve adherence. Providing medications to ameliorate specific side effects for the antiretrovirals prescribed might improve adherence to the nPEP regimen.



PEP 101

If you may have been exposed to HIV* in the last 72 hours, talk to your health care provider, an emergency room doctor, or your local health department about PEP right away. PEP can reduce your chance of becoming HIV-positive.

What Is PEP?

- PEP, or post-exposure prophylaxis, means taking medicines after you may have been exposed to HIV to prevent becoming infected.
- **PEP must be started within 72 hours (3 days) after you may have been exposed to HIV.** But the sooner you start PEP, the better. Every hour counts!
- If your health care provider prescribes PEP, you'll need to take it once or twice daily for 28 days.
- PEP is effective in preventing HIV, but not 100%. Always use condoms with sex partners and use safe injection practices.



Is PEP Right For You?

If you're HIV-negative or don't know your HIV status, and in the last **72 hours** you



- May have been exposed to HIV during sex (for example, if the condom broke),
- Shared needles, syringes, or other equipment to inject drugs, or
- Were sexually assaulted,



Talk to your health care provider, an emergency room doctor, or your local health department about PEP right away.

Can I Take A Round Of PEP Every Time I Have Sex Without A Condom?



- No. PEP should be used only in emergency situations.
- If you are at very high risk for HIV, ask your health care provider about daily medicine to prevent HIV, called pre-exposure prophylaxis (PrEP).



** People are exposed to HIV by coming into contact with certain body fluids of a person with HIV, including blood, semen, and vaginal fluids. This usually happens through vaginal or anal sex or by sharing needles.*

For more information please visit www.cdc.gov/hiv

National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention
Division of HIV/AIDS Prevention





Box 1: Situations for Which Expert Consultation for Human Immunodeficiency Virus (HIV) Postexposure Prophylaxis (PEP) Is Recommended

Delayed (ie, later than 72 hours) exposure report

- Interval after which benefits from PEP are undefined

Unknown source (eg, needle in sharps disposal container or laundry)

- Use of PEP to be decided on a case-by-case basis
- Consider severity of exposure and epidemiologic likelihood of HIV exposure
- Do not test needles or other sharp instruments for HIV

Known or suspected pregnancy in the exposed person

- Provision of PEP should not be delayed while awaiting expert consultation

Breast-feeding in the exposed person

- Provision of PEP should not be delayed while awaiting expert consultation

Known or suspected resistance of the source virus to antiretroviral agents

- If source person's virus is known or suspected to be resistant to 1 or more of the drugs considered for PEP, selection of drugs to which the source person's virus is unlikely to be resistant is recommended
- Do not delay initiation of PEP while awaiting any results of resistance testing of the source person's virus

Toxicity of the initial PEP regimen

- Symptoms (eg, gastrointestinal symptoms and others) are often manageable without changing PEP regimen by prescribing antimotility or antiemetic agents
- Counseling and support for management of side effects is very important, as symptoms are often exacerbated by anxiety

Serious medical illness in the exposed person

- Significant underlying illness (eg, renal disease) or an exposed provider already taking multiple medications may increase the risk of drug toxicity and drug-drug interactions

Expert consultation can be made with local experts or by calling the National Clinicians' Post-Exposure Prophylaxis Hotline (PEpline) at 888-448-4911.

TABLE A1. Human Immunodeficiency Virus (HIV) Postexposure Prophylaxis (PEP) Regimens



Preferred HIV PEP Regimen

Raltegravir (Isentress; RAL) 400 mg PO twice daily
 Plus
 Truvada, 1 PO once daily
 (Tenofovir DF [Viread; TDF] 300 mg + emtricitabine [Emtriva; FTC] 200 mg)

Alternative Regimens

(May combine 1 drug or drug pair from the left column with 1 pair of nucleoside/nucleotide reverse-transcriptase inhibitors from the right column; prescribers unfamiliar with these agents/regimens should consult physicians familiar with the agents and their toxicities)^{a,b}

Raltegravir (Isentress; RAL)	Tenofovir DF (Viread; TDF) + emtricitabine (Emtriva; FTC); available as Truvada
Darunavir (Prezista; DRV) + ritonavir (Norvir; RTV)	Tenofovir DF (Viread; TDF) + lamivudine (Epivir; 3TC)
Etravirine (Intelence; ETR)	Zidovudine (Retrovir; ZDV; AZT) + lamivudine (Epivir; 3TC); available as Combivir
Rilpivirine (Edurant; RPV)	Zidovudine (Retrovir; ZDV; AZT) + emtricitabine (Emtriva; FTC)
Atazanavir (Reyataz; ATV) + ritonavir (Norvir; RTV)	
Lopinavir/ritonavir (Kaletra; LPV/RTV)	

The following alternative is a complete fixed-dose combination regimen, and no additional antiretrovirals are needed: Stribild (elvitegravir, cobicistat, tenofovir DF, emtricitabine)

Alternative Antiretroviral Agents for Use as PEP Only with Expert Consultation^b

Abacavir (Ziagen; ABC)
 Efavirenz (Sustiva; EFV)
 Enfuvirtide (Fuzeon; T20)
 Fosamprenavir (Lexiva; FOSAPV)
 Maraviroc (Selzentry; MVC)
 Saquinavir (Invirase; SQV)
 Stavudine (Zerit; d4T)

Antiretroviral Agents Generally Not Recommended for Use as PEP

Didanosine (Videx EC; ddI)
 Nelfinavir (Viracept; NFV)
 Tipranavir (Aptivus; TPV)

Antiretroviral Agents Contraindicated as PEP

Nevirapine (Viramune; NVP)

NOTE. For consultation or assistance with HIV PEP, contact the National Clinicians' Post-Exposure Prophylaxis Hotline at telephone number 888-448-4911 or visit its website at http://www.nccc.ucsf.edu/about_nccc/pepline/. DF, disoproxil fumarate; PO, per os.

^a The alternatives regimens are listed in order of preference; however, other alternatives may be reasonable based on patient and clinician preference.



Box 2: Follow-Up of Healthcare Personnel (HCP) Exposed to Known or Suspected Human Immunodeficiency Virus (HIV)-Positive Sources

Counseling (at the time of exposure and at follow-up appointments). Exposed HCP should be advised to use precautions (eg, use of barrier contraception and avoidance of blood or tissue donations, pregnancy, and, if possible, breast-feeding) to prevent secondary transmission, especially during the first 6–12 weeks after exposure.

For exposures for which postexposure prophylaxis (PEP) is prescribed, HCP should be informed regarding the following:

- Possible drug toxicities (eg, rash and hypersensitivity reactions that could imitate acute HIV seroconversion and the need for monitoring)
- Possible drug interactions
- The need for adherence to PEP regimens

Early reevaluation after exposure. Regardless of whether a healthcare provider is taking PEP, reevaluation of exposed HCP within 72 hours after exposure is strongly recommended, as additional information about the exposure or source person may be available.

Follow-up testing and appointments. Follow-up testing at a minimum should include the following:

- HIV testing at baseline and at 6 weeks, 12 weeks, and 6 months after exposure; alternatively, if the clinician is certain that a fourth-generation combination HIV p24 antigen–HIV antibody test is being utilized, then HIV testing could be performed at baseline, 6 weeks after exposure, and 4 months after exposure
- Complete blood counts and renal and hepatic function tests (at baseline and 2 weeks after exposure; further testing may be indicated if abnormalities are detected)

HIV testing results should preferably be given to the exposed healthcare provider at face-to-face appointments.

HIV Post-Exposure Prophylaxis (PEP) Guidelines

May 2017

Table 1: Estimated risk of HIV transmission by exposure type from known HIV positive source with detectable viral load

Exposure	Estimated Risk per 10,000 acts (95% Confidence Interval)	Estimated risk per act/event
Hollow Bore Needlestick injury ¹	23 (0-46)	0.23%
Needle sharing – injection drug use	63 (41-92)	0.63%
Occupational Mucous membrane exposure ²	9 (0.6-50)	0.09%
Penile-vaginal intercourse – risk to insertive partner	4 (1-14)	0.04%
Penile-vaginal intercourse – risk to receptive partner	8 (6-11)	0.08%
Anal intercourse (risk to insertive partner)	11 (4-28)	0.11%
Anal intercourse (risk to receptive partner)	138 (102-186)	1.38%
Oral intercourse (risk to either partner)	Low (0-4)	Low

1. Risk probably lower with cuts or punctures involving solid objects (vs. hollow bore needle)

2. Risk probably lower for exposures involving non-intact skin (vs. mucous membranes)

Transmission risk increased by high plasma viral load or acute or late-stage HIV in the source.

Transmission risk in sexual exposures increased by genital ulcer disease, and decreased by male circumcision or condom use.

References:

Ippolito G, Puro V, de Carli G, and the Italian Study Group on Occupational Risk of HIV Infection. *Arch Intern Med* 1993;153:1451-1458.

Patel P, Borkoff CB, Brooks JT, et al. Estimating per-act transmission risk: a systematic review. *AIDS* 2014;28:1509-1519.



Significant risk of HIV transmission

Material to which exposure has occurred is blood or a potentially infectious body fluid capable of transmitting HIV (semen, vaginal secretions, or any body fluid that is visibly contaminated with blood)

AND

Percutaneous exposure, or
Mucous membrane or non-intact skin exposure, or
Sexual exposure (vagina or rectum)

AND

Source is known to be HIV positive or known to be at a high risk for HIV infection



Initiate PEP starter kit:

Tenofovir DF 300 mg once a day

Lamivudine 150 mg twice a day

Raltegravir 400 mg twice a day

Arrange for followup with primary care provider who will consult the BC-CfE Pharmacy to evaluate need for full 28-day course of PEP

Negligible risk of HIV transmission

Material to which exposure has occurred is a body fluid not known to transmit HIV (urine, nasal secretions, saliva, sweat, or tears if not visibly bloody)

OR

An event not known to transmit HIV (e.g. contact with intact skin; superficial scratches that do not bleed; bites unless there is blood in the mouth of the biter)

OR

Source known to be HIV negative or at low risk of HIV infection



PEP NOT recommended.

Consult with BC-CfE if an unusual exposure has occurred.

If uncertain whether to initiate PEP, consult the BCCfE Pharmacy (1-888-511-6222).



6. Follow-up Recommendations

- Follow-up is required for persons having had a significant risk exposure to HIV, regardless of whether PEP is started.
- Follow-up should be done by the exposed person's primary care provider. If they do not have a primary care provider, identify an alternate provider for follow-up.
- For follow-up of exposure for persons at risk for hepatitis B and/or C, see http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/CPS_CManual_BBFExpManage.pdf
- Follow-up testing should be performed according to the following schedule:

If PEP is started:

- 2 and 4 weeks after exposure (while on PEP): CBC and differential, creatinine, eGFR, if any abnormalities were present on baseline testing.
- 3 and 6 weeks after end of PEP: HIV Ag/Ab test
- 3 months after end of PEP: HIV Ag/Ab test

If PEP is not started:

- 3 and 6 weeks after the exposure: HIV Ag/Ab test
- 3 months after the exposure: HIV Ag/Ab test
- In cases where the risk of HIV transmission is estimated to be negligible, follow-up testing may still be considered, especially for events occurring in an occupational setting.

Tableau 3. Risque de transmission associé à une exposition sexuelle, source dont l'infection par le VIH-1 a été confirmée¹³

Type d'exposition	Niveau de risque*
Relation orale insertive	0,005 %
Relation orale réceptive	0,01 %
Relation vaginale insertive	0,05 - 0,1 %
Relation anale insertive	0,06 - 0,16 %
Relation vaginale réceptive	0,08 - 0,19 %
Relation anale réceptive	0,5 - 3,38 %

* Il n'y a aucune preuve de transmission de l'infection par le VIH pendant les relations sexuelles orales, vaginales ou anales sans condom lorsque la personne vivant avec le VIH prend un traitement antirétroviral comme prescrit et que sa charge virale, mesurée par des analyses consécutives de laboratoire tous les quatre à six mois, se maintient à moins de 200 copies par millilitre de sang. Dans ce contexte, le risque de transmission est négligeable¹.

Tableau 5. Risque de transmission du VIH, du VHB et du VHC associé à une exposition professionnelle percutanée ou mucocutanée

Type d'exposition	VHB		VHC	VIH
	AgHBs + et AgHBe -	AgHBs + et AgHBe +		
Piqûre	1-6 % ^{19,*}	22-31 % ^{19,*}	0,5 % ²⁰	0,32 % ^{21,**}
Muqueuse et sang	Non quantifié Risque théoriquement plus élevé pour le VHB que pour le VIH		Rare	0,03-0,09 % ²¹
Peau non saine et sang	Non quantifié Risque théoriquement plus élevé pour le VHB que pour le VIH et le VHC		Non démontré à ce jour	Rare
Morsure	Rare		Rare (s'il y a du sang dans la bouche de l'agresseur)	Rare (s'il y a du sang dans la bouche de l'agresseur)

* Risque d'hépatite B symptomatique. Le risque d'une hépatite avec marqueurs sérologiques est plus élevé¹⁹.

** Certains facteurs peuvent modifier ce risque : présence de sang sur l'instrument, blessure profonde, instrument sortant directement d'un vaisseau sanguin, patient source en phase terminale²¹.

Pour le VIH :

- si l'exposition présente un facteur, le risque est de 0,09 à 0,32 % ;
- si l'exposition présente deux facteurs, le risque est de 0,5 à 1,9 % ;
- si l'exposition présente trois facteurs, le risque est de 3 à 9,2 % ;
- si l'exposition présente quatre facteurs, le risque est de 24,6 %.

Exposition	Statut VIH de la source	Traitement de la personne exposée		
		Recommandé	Non recommandé	À envisager ^{††}
Anale insertive/ réceptive	Négatif		X [†]	
	Positif	X*		
	Inconnu			X [‡]
Vagin-pénis réceptive/ insertive	Négatif		X [†]	
	Positif	X*		
	Inconnu			X [‡]
Orale réceptive avec éjaculation	Négatif		X ^{**}	
	Positif			X ^{*, ‡‡}
	Inconnu			X [§]
Orale réceptive sans éjaculation	Négatif		X	
	Positif		X	
	Inconnu		X	

Exposition	Statut VIH de la source	Traitement de la personne exposée		
		Recommandé	Non recommandé	À envisager ^{††}
Orale insertive avec/ sans éjaculation	Négatif		X	
	Positif		X	
	Inconnu		X	
Annilingus	Négatif		X	
	Positif		X	
	Inconnu		X	
Cunnilingus	Négatif		X	
	Positif		X	
	Inconnu		X	
Partage d'objets sexuels ^{§§}	Négatif		X [†]	
	Positif	X*		
	Inconnu			X [§]

* La PPE anti-VIH n'est pas indiquée lorsque la personne vivant avec le VIH prend un traitement antirétroviral comme prescrit et que sa charge virale, mesurée par des analyses consécutives de laboratoire tous les quatre à six mois, se maintient à moins de 200 copies par millilitre de sang. Dans ces conditions, il n'y a pas de preuves de transmission.

† La PPE est recommandée si la source fait partie d'un groupe à risque et a présenté des symptômes de primo-infection au cours des trois derniers mois.

‡ La PPE est recommandée si la source fait partie d'un groupe à risque.

§ La PPE peut être envisagée si la source fait partie d'un groupe à risque.

** La PPE peut être envisagée si la source fait partie d'un groupe à risque et a présenté des symptômes de primo-infection au cours des trois derniers mois.

†† Lorsque la PPE anti-VIH est envisagée, elle doit être administrée après évaluation des avantages et des inconvénients.

‡‡ La PPE peut être envisagée. La prescription des antirétroviraux est optionnelle et doit être basée sur une décision prise en commun par la personne exposée et le médecin.

§§ Contact d'un objet sexuel avec les sécrétions génitales d'un partenaire (personne source), puis pénétration de cet objet dans le vagin ou l'anus de l'autre partenaire (personne contact).

Tableau 7. Indication de la PPE anti-VIH à la suite d'un partage de matériel d'injection

Exposition	Statut de la source	Traitement de la personne exposée	
		Recommandé	Non recommandé
Partage de matériel d'injection	Négatif		X*
	Positif	X	
	Inconnu	X	

* La PPE est recommandée si la personne source a présenté des symptômes de primo-infection au cours des trois derniers mois.

Note : Les recommandations relatives au partage de matériel d'injection ne prennent pas en considération la charge virale. Celle-ci ne fait que refléter la concentration du virus dans le sang périphérique. Si la persistance d'une infection latente par le VIH dans des cellules a été démontrée²², aucune étude n'a visé à évaluer l'effet du traitement ou de la charge virale sur le risque de transmission dans le contexte du partage de matériel d'injection.

Tableau 8. Indication de la PPE anti-VIH à la suite d'une morsure humaine

Exposition	Statut VIH	Traitement de la personne exposée			
		Recommandé		Non recommandé	
		personne mordue	personne qui a mordu	personne mordue	personne qui a mordu
Présence de sang dans la bouche du mordeur ou dans la plaie (avec bris profond de la peau) de la victime	Négatif			X*	X*
	Positif, charge virale indétectable			X	X
	Positif, charge virale détectable ou inconnue	X	X		
	Inconnu			X†	X†
Absence de sang dans la bouche du mordeur ou dans la plaie de la victime	Négatif			X	X
	Positif, charge virale indétectable			X	X
	Positif, charge virale détectable ou inconnue			X‡	X
	Inconnu			X	X

* La PPE est recommandée si la source fait partie d'un groupe à risque et a présenté des symptômes de primo-infection au cours des trois derniers mois.

† La PPE peut être envisagée si la source fait partie d'un groupe à risque.

‡ La PPE anti-VIH pourrait être envisagée dans le cas de morsures profondes et traumatiques avec une source séropositive pour le VIH et dont la charge virale est détectable. Un cas a été rapporté dans ces circonstances.

Tableau 9. Indication de la PPE anti-VIH à la suite de l'exposition d'une muqueuse ou de peau non saine

Exposition	Statut VIH de la source	Traitement de la personne exposée	
		Recommandé	Non recommandé
Petit volume*	Négatif		X
	Positif	X [†]	
	Inconnu		X
Grand volume**	Négatif		X [‡]
	Positif	X	
	Inconnu		X [§]

* Par exemple : quelques gouttes.

** Par exemple : éclaboussure majeure.

† La PPE peut être envisagée. La prescription des antirétroviraux est optionnelle et doit être basée sur une décision prise en commun par la personne exposée et le médecin.

‡ La PPE est recommandée si la source fait partie d'un groupe à risque et a présenté des symptômes de primo-infection au cours des trois derniers mois.

§ La PPE peut être envisagée si la source fait partie d'un groupe à risque.

Tableau 10. Indication de la PPE anti-VIH à la suite d'une exposition percutanée

Exposition	Source	Statut VIH	Traitement de la personne exposée	
			Recommandé	Non recommandé
Percutanée	Connue	Négatif		X**
		Positif	X*	
		Inconnu		X†
	Inconnue	Inconnu		X‡

* Dans les cas d'une exposition percutanée, la charge virale n'influe pas sur l'indication d'administrer la PPE.

** La PPE est recommandée si la source fait partie d'un groupe à risque et a présenté des symptômes de primo-infection au cours des trois derniers mois.

† La PPE peut être envisagée si la source présente des facteurs de risque.

‡ Si la source est inconnue (ex. : seringue dans une poubelle ou dans la rue, liquide biologique d'origine inconnue), la PPE n'est généralement pas recommandée. Un traitement peut être envisagé dans le contexte où l'exposition à des personnes infectées par le VIH est probable. La prescription est optionnelle et doit être basée sur une décision prise en commun par la personne exposée et le médecin.

TRAITEMENT RECOMMANDÉ *

TRUVADA^{MD} (TÉNOFOVIR 300 MG/EMTRICITABINE 200 MG)

1 COMPRIMÉ PAR JOUR

ET

ISENTRESS^{MD} (RALTÉGRAVIR 400 MG) 1 COMPRIMÉ DEUX FOIS PAR JOUR

OU ISENTRESS HD^{MD} (RALTÉGRAVIR 600 MG) 2 COMPRIMÉS UNE FOIS PAR JOUR

PENDANT 28 JOURS

* Une trousse de départ de trois jours de ce traitement devrait être remise à la personne exposée.

Solution de rechange : le Truvada^{MD} et le Kaletra^{MD} peuvent aussi être prescrits d'emblée s'ils sont disponibles et s'il n'y a aucune contre-indication. Pour les enfants de moins de 12 ans, voir l'annexe 8.



Prophylaxie post-exposition (PPE)

Prophylaxie post-exposition (PPE) recommandée si :

Risque	Type d'exposition	Statut de la personne source
Sang	Piqûre sous-cutanée ou intramusculaire avec une aiguille IV ou IM, ou un dispositif intravasculaire	Séropositif ou statut sérologique récent inconnu mais présence de facteurs de risque de VIH
	Blessure percutanée avec un instrument tranchant (lancette), une aiguille IV ou IM, aiguille de suture Contact > 15 minutes avec une peau lésée ou une muqueuse	Séropositif
Secrétions génitales	Pénétration anale ou vaginale	Séropositif pour le VIH avec virémie ou statut sérologique inconnu mais présence de facteurs de risque de VIH. Si la personne source est sous TARV, la PPE est recommandée, le test de CV VIH doit être refait, et si elle est indétectable, la PPE pourra être interrompue.
	Fellation réceptive avec éjaculation	Séropositif pour le VIH avec virémie
Utilisation de drogue intraveineuse	Échange de seringues, aiguilles, matériel de préparation ou tout autre matériel	Séropositif

- Test rapide de dépistage VHC et VIH (si statut sérologique VIH inconnu) de la personne source recommandé.
 - Si la personne source VIH+ est sous TARV, prescrire un test de résistance si CV détectable
 - Adapter la PPE selon l'historique antirétroviral de la personne source et selon les tests de résistance préalables (si disponibles)
 - Dans les cas d'exposition sexuelle, si la personne source séropositive a une CV indétectable documentée, la PPE n'est plus recommandée
 - La PPE doit être démarrée, au mieux, moins de 4 heures, et pas plus tard que 48/72 heures, après l'exposition
 - Durée de la PPE : 4 semaines (sauf si le traitement doit être interrompu car non indiqué)
 - PPE standard : TDF/FTC (alternative : ZDV/3TC) + RAL bid, ou DRV/r qd ou LPV/r bid. La combinaison TDF/FTC + DTG qd peut aussi être envisagée comme alternative.
 - L'expérience clinique avec TAF au sein d'une PPE n'est pas suffisante, c'est pourquoi son utilisation devrait être évitée.
-
- Dépistage complet d'autres IST en cas d'exposition sexuelle
 - Counselling d'urgence concernant la contraception en cas d'exposition sexuelle.
 - Suivi :
 - Sérologies VIH, VHB, VHC, test de grossesse (pour les femmes) dans les 48 heures suivant l'exposition
 - Réévaluation de l'indication de la PPE par un médecin référent VIH dans les 48-72 heures
 - Évaluation de la tolérance de la PPE
 - Transaminases, PCR VHC et sérologie VHC à 1 mois si personne source VHC+ (confirmé ou suspecté)

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Prise en charge des accidents
d'exposition sexuelle et au sang
(AES) chez l'adulte et l'enfant
(septembre 2017)

Indications de TPE après exposition sexuelle



Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source			
	Positif		Inconnu	
	CV détectable	CV < 50 copies/ml *	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible ou inconnue
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 régulièrement 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.

1) le choix préférentiel (sauf en cas de grossesse) est :

- **l'association ténofovir DF + emtricitabine + rilpivirine** compte tenu de sa bonne tolérance, sa simplicité de prise [soit 1 cp/j avec la co-formulation « Eviplera ® » ou 2 cps/j avec l'association d'1cp de TDF/emtricitabine Gé et d'1cp de rilpivirine « Edurant ® »], du faible risque d'interactions médicamenteuses et son plus faible coût en comparaison aux combinaisons à base d'IP ou d'INI.

2) les choix alternatifs sont :

- **soit l'association ténofovir DF-emtricitabine** (préférentiellement sous forme générique compte tenu du moindre prix) **avec darunavir/r** (soit 3 cps en 1 prise/j) **ou avec raltegravir** (soit 3 cps en 2 prises/j)
- **soit la co-formulation ténofovir DF + emtricitabine + elvitegravir/c** (« Stribild® » 1 cp/j).

Le choix du TPE peut être différent dans certaines situations particulières :

- **en cas d'atteinte rénale préexistante** l'association de zidovudine + lamivudine (un comprimé deux fois par jour) peut être utilisée dans le cadre d'une trithérapie à la place de l'association TDF + emtricitabine.
- **chez une femme enceinte** ou susceptible de l'être, l'association TDF-emtricitabine avec darunavir/r est recommandée. La posologie de darunavir/r est de 800mg/100 une fois/jour si le TPE est prescrit au cours du premier semestre de grossesse et de 600mg/100 deux fois par jour au cours du dernier trimestre.

Lorsqu'il y a indication de TPE, que le patient source est connu pour être PVVIH traité et que le sujet exposé est d'emblée vu par un médecin référent, le TPE sera, dans la mesure du possible, adapté à l'historique des traitements antirétroviraux reçus par le patient source. On s'aidera, si nécessaire, des tests génotypiques de résistance antérieurs. Pour cela, il est recommandé de disposer d'un panel de médicaments antirétroviraux suffisamment large. Dans les situations où la charge virale de la personne source ou du partenaire est détectable, soit sur un prélèvement récent connu, soit sur le prélèvement réalisé au moment de l'accident, le médecin référent choisira le traitement le mieux adapté en fonction de l'histoire thérapeutique du patient source. Lorsque le sujet exposé est vu d'emblée dans un centre référent et que l'indication est clairement établie, le TPE est prescrit pour une durée de 28 jours. Lorsque l'indication n'est pas évidente, une consultation dans les jours suivants peut être nécessaire pour rassembler les arguments permettant de valider la poursuite du traitement engagé.

Lorsque le sujet exposé est d'abord vu en SAU sans recours à un médecin référent pour le VIH, le TPE, justifié par l'urgentiste, est prescrit pour une durée initiale de 48 à 96 heures, à l'issue desquelles la personne exposée doit être revue par un médecin référent. Ce dernier pourra être amené à modifier le schéma thérapeutique, voire à l'interrompre selon le contexte : résultat négatif de la sérologie VIH ou charge virale indétectable confirmée du patient source, réévaluation du risque, mauvaise tolérance. Si le médecin référent décide la poursuite du traitement, il reconduira la prescription pour une durée totale de 28 jours. Les travaux effectués chez le macaque, montrant l'infection de la plupart des animaux après un TPE de 10 jours [26], ne permettent pas de recommander un raccourcissement de cette durée de 28 jours.

Tableau 2 : Indications de la sérovaccination VHB

Sujet exposé	Statut VHB (Ag HBs) personne source	
	Positif	Inconnu
Vacciné répondeur (Anti HBs > 10 mUI/ml ou > 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 vacciné	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 sub-saharienne, 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 multiples

Suivi biologique après une exposition sexuelle

Le suivi sérologique doit être programmé en fonction du statut non seulement VIH mais aussi VHC, voire VHB de la personne source. Il doit aussi s'articuler avec le suivi médical et biologique de la tolérance du traitement afin de limiter le nombre de visites.

Tableau 3 : Suivi biologique en cas d'exposition sexuelle

J 1-4	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie syphilis - Sérologie VHC - Anti-HBs (<u>si vacciné et titre Ac inconnu</u>) ou Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si non-vacciné</u>) - ALAT - créatinine, test de grossesse (<u>si indication de TPE</u>) - PCR chlamydia et gonocoque*
S2	- ALAT, créatinine (<u>si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie</u>)
S 6	<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* - ALAT et ARN VHC (<u>chez HSH ou si ARN VHC+ chez sujet source</u>)
S 12	<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, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu</u>)

* Indications : femme < 25 ans, homme < 30 ans, ou HSH ou sujet symptomatique.

Modalités : un à trois sites de prélèvements selon circonstances (NB : absence de remboursement en juin 2017 du test gonocoque)

Indications de TPE après exposition professionnelle



Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV < 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
Faible : – piqûres 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 régulièrement 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 5 : suivi biologique en cas d'exposition au sang ou liquide biologique

J1-J7	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Anti-HBs (<u>si vacciné et titre Ac inconnu</u>) ou Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si non-vacciné</u>) - ALAT - créatinine, test de grossesse (<u>si indication de TPE</u>)
S2	<ul style="list-style-type: none"> - ALAT, créatinine (<u>si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie</u>)
S6	<p>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>)</p>
S12	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH - Sérologie VHC - Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu</u>)

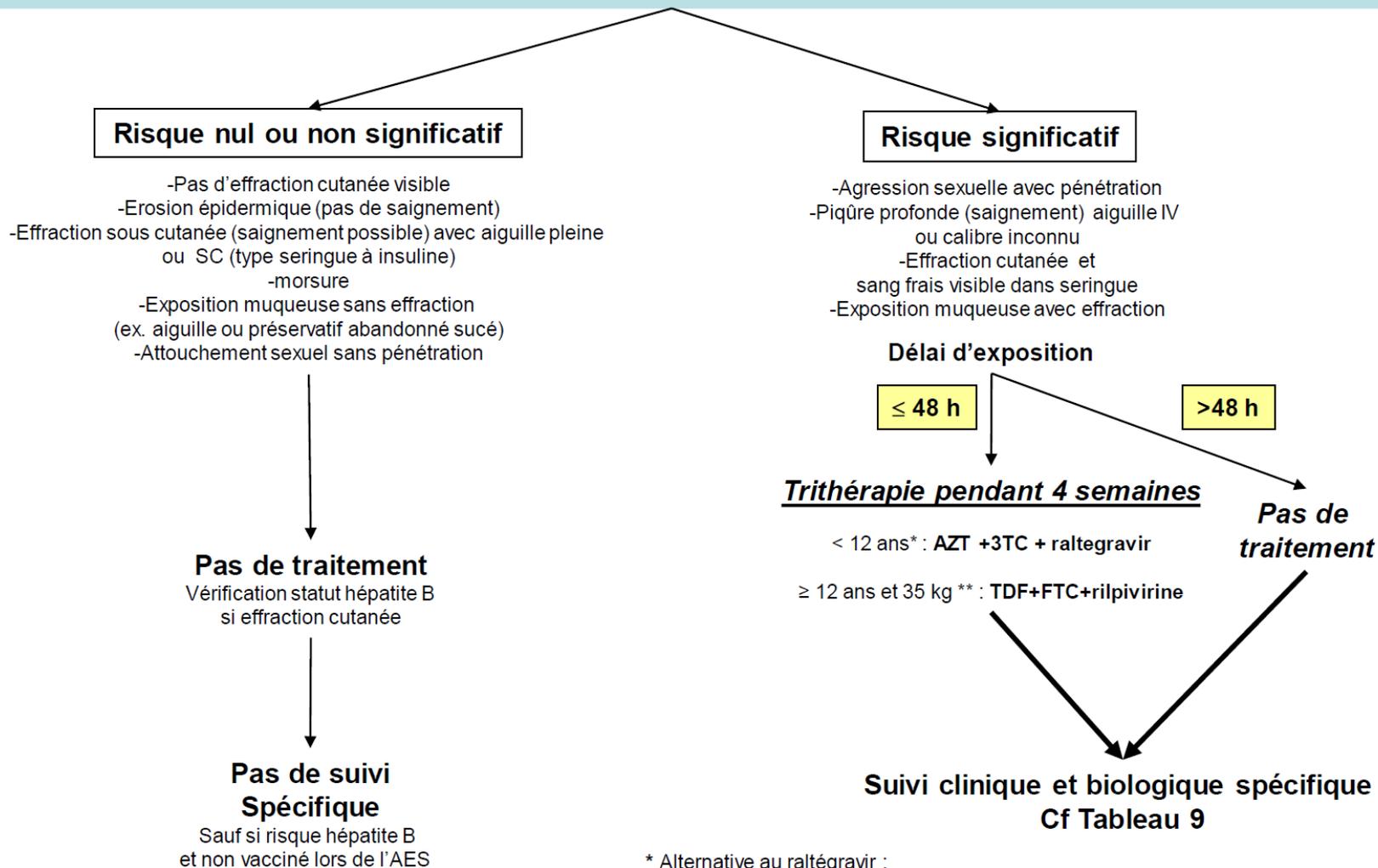
* la sérologie VIH à S12 en l'absence de TPE n'est maintenue que du fait de son caractère réglementaire (arrêté du 1er aout 2007 dont nous recommandons la modification)

Tableau 6 : Indications de TPE après partage de matériel d'injection
(usagers de drogues intraveineuses)

	Statut VIH de la personne source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV <50 copies/ml	
Risque et nature de l'exposition			
Important : – partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé
Faible : – partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage	TPE non recommandé		TPE non recommandé

Figure 1 : schéma récapitulatif de la conduite à tenir en cas d'AES chez l'enfant

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



* Alternative au raltegravir :
darunavir + ritonavir (à partir de 3 ans)

** Alternative à la rilpivirine :
raltégravir , darunavir + ritonavir

COREVIH PACA OUEST et CORSE

Présidente :

Dr Patricia ENEL

Vice-Président :

Jean-Régis PLOTON

Coordinateur :

Jean-Marc POLESEL

Secrétariat :

Céline GARRIGUES

04.91.74.51.94

corevih-poc@ap-hm.fr

Service : Corevih

A l'attention des Médecins et des Pharmaciens
du COREVIH Paca Ouest Corse

Marseille, le 20 décembre 2018

**Objet : Actualisation du COREVIH
PACA Ouest Corse sur le traitement
d'urgence post-exposition à un
risque VIH**

Compte tenu des données actuelles et des dernières recommandations issues du Rapport d'experts sur la Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang chez l'adulte et l'enfant (septembre 2017)*, le COREVIH PACA Ouest Corse a retenu en premier choix pour le TPE (Traitement post-exposition) d'urgence face à un risque VIH lié à un AEV (Accident d'exposition à un risque viral) :

EMTRICITABINE + TENOFOVIR DF[§] associé à RALTEGRAVIR (ISENTRESS®) 1200 mg en une prise

Ce TPE comporte une trithérapie composée de 2 INTI (Inhibiteurs nucléosidiques) et d'1 inhibiteur d'intégrase.

Le schéma de prise est ainsi simplifié à 3 comprimés par jour en une seule fois.

Pour rappel, le TPE sera d'autant plus efficace que le délai d'initiation sera court, il faut s'efforcer de raccourcir au maximum ce délai au plus près de l'exposition.

Ce traitement compose la « trousse d'urgence post AEV » et doit être donné pour 5 jours, ce qui permet d'attendre l'avis du référent VIH de proximité sur l'éventuel arrêt, la modification ou la prolongation du TPE pendant 28 jours.

* https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf

[§] forme générique

Au niveau national :

- Le traitement EMTRICITABINE + TENOFOVIR DF[§] / RILPIVIRINE (EDURANT®) est recommandé en premier choix (sauf en cas de grossesse),
- EMTRICITABINE + TENOFOVIR DF[§] / RALTEGRAVIR (ISENTRESS®) et EMTRICITABINE + TENOFOVIR DF[§] / DARUNAVIR (PREZISTA®) / RITONAVIR[§] sont proposés en alternative,
- GENVOYA® (ELVITEGRAVIR / COBICISTAT / EMTRICITABINE / TENOFOVIR TAF) n'est pas recommandé.

GENVOYA® étant déjà utilisé dans plusieurs services du territoire du COREVIH PACA Ouest Corse, *l'alternative GENVOYA® est donc proposée en deuxième choix. Cependant EMTRICITABINE + TENOFOVIR DF[§] / DARUNAVIR (PREZISTA®) / RITONAVIR[§] reste le traitement de référence en cas de grossesse avérée pour la poursuite du TPE.*

Ce choix du Groupe projet AEV du COREVIH PACA Ouest Corse est motivé par :

- La simplicité de prise (une par jour),
- L'absence d'interactions médicamenteuses (contre GENVOYA®, EVIPLERA®, PREZISTA® / RITONAVIR[§]),
- La surveillance biologique simplifiée,
- La bonne tolérance initiale (contre EVIPLERA®, PREZISTA® et TIVICAY®),
- Une moindre observance du traitement initiale du fait d'une mauvaise tolérance, qui peut conduire à l'émergence de résistances (contre EVIPLERA®),
- L'absence de données pour le moment sur les risques en cas de grossesse (contre TIVICAY®),
- Le coût (contre GENVOYA®).

Les indications de TPE et le suivi biologique sont joints à ce courrier.

Nous encourageons les référents VIH et AEV des sites hospitaliers du COREVIH PACA Ouest Corse à diffuser ces recommandations, avec une information ciblée des services d'urgences, ainsi qu'au niveau des CeGIDD, avec le soutien si nécessaire de la référence médicale COREVIH / CeGIDD.

Nous reviendrons vers les référents VIH hospitaliers afin d'évaluer la diffusion et la mise en place de ces recommandations et les éventuelles difficultés rencontrées.

Bien Amicalement,

Pour le groupe AEV

Patrick PHILIBERT

Référent Médical du COREVIH PACA Ouest Corse et du groupe Parcours de soins



Tout accident d'exposition au sang est une urgence médicale

**CONSULTEZ
SANS TARDER !**

Procédure AES

Conduite à tenir en cas d'Accident avec Exposition au Sang ou par tout autre liquide biologique potentiellement dangereux

1- Premiers gestes

- PIQURE
- COUPURE
- CONTACT DIRECT SUR PEAU LESEE

- NE PAS FAIRE SAIGNER**
- NETTOYER à l'eau et au savon (bétadine SCRUB® moussante) puis RINCER abondamment
- DESINFECTER au moins 5mn (AMUKINE® ou bétadine alcoolisée® ou alcool à 70°)

- PROJECTION :
- MUQUEUSE
 - OEIL

- RINCER abondamment durant 1 mn.
 - sérum physiologique
 - eau courante

Si besoin vous pouvez RECHERCHER UNE AIDE (collègue) pour réaliser les premiers gestes
→ **ALERTEZ** le cadre du service (ou cadre de garde ou cadre de nuit Btp 520)



2- Evaluation du risque

2.1. CONTACTER LE MEDECIN REFERENT AES

	Horaires de jour	Horaires de nuit	DELAI
Du lundi au vendredi	De 8H30 à 18H30	De 18H30 à 8H30	<ul style="list-style-type: none"> Au mieux : Moins de 4h après l'accident Au maximum : 48h après l'accident <p>Un traitement préventif peut être indiqué pour la personne exposée, il doit alors être débuté le plus rapidement possible.</p>
Week-end / J. fériés	De 8H30 à 14H30	De 14H30 à 8H30	
	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales 01 44 38 17 42 01 42 19 26 23 Portable Médecin référent 07 86 41 46 37 BIP Med référent BIP 175	Hématologie 01 44 49 40 00 BIP médecin de garde hématologie BIP 741	<p>ATTENTION : En cas de consultation la nuit du médecin de garde d'hématologie, la consultation du médecin référent AES est nécessaire dans les 48h.</p>
	MEDECIN REFERENT AES Service des Maladies Infectieuses et Tropicales Necker (Bat Servus 01, 0a) Dr DUVVIER ou Dr GILQUIN ou Médecin référent d'astreinte du service	MEDECIN DE GARDE Hématologie Bat Servus Porte 52 Rd Haut	

2.2. IDENTIFIER LE PATIENT SOURCE

Se munir si possible des résultats sérologiques du patient source pour la consultation auprès du médecin référent

- 1 PATIENT SOURCE CONNU**
Sérologies connues → Sérologies à refaire selon évaluation du Médecin Référent
- 2 PATIENT SOURCE CONNU**
Pas de sérologies → Informer le patient + recueillir de son consentement avant de réaliser le prélèvement
- 3 PATIENT SOURCE INCONNU**
(ex : accident post opératoire avec matériel chirurgical, accident avec matériel stouffé...) → Evaluation du risque par le médecin référent

Traitement du prélèvement

Prescription immédiate des sérologies VIH / VHB / VHC (2 tubes secs gélose) sur la feuille de demande de virologie (avec encadré AES).
Inscrire CLAIEMENT :
- Nom du médecin prescripteur
- AES sujet source urgent
- Service demandeur et n° de téléphone

PRÉLEVEMENT À FAIRE PARVENIR EN URGENCE

Laboratoire de Virologie Necker
Bat Pasteur 3^{ème} étage

QUAND ?
- Du lundi au vendredi :
8h30 à 17h30
- Le samedi :
8h30 à 12h30
- Les jours fériés :
Mêmes horaires

Hôpital Henri Mondor
Laboratoire de virologie
51 avenue de Maréchal DeLattre de Tassigny 94000 Créteil

QUAND ?
En dehors des périodes précitées ci-contre
(Selon les modalités indiquées dans la procédure GDR-PRO-16-AES)

3 - Formalités administratives

- Consigner l'accident dans le REGISTRE des ACCIDENTS BENINS
- Déclarer l'ACCIDENT DE TRAVAIL (déclaration officielle de l'accident) au bureau des AT (1^{er} étage modulaire Lecourbe) → Formulaire A572 + triplicata (un volet pour la pharmacie, un volet pour l'agent, un volet pour le médecin pour la prise en charge des frais impliqués par l'accident)
- Formulaire d' l'ACCIDENT DE TRAVAIL (certificat médical initial délivré par le médecin référent ou le médecin du travail)
- Déclarer l'accident dans l'outil OSIRIS (item « Risques Professionnels »)



4 - Suivi médical de l'accidenté

MEDECINE DU TRAVAIL

Prendre RDV **dans les 48h** pour mettre en place le suivi médical de l'accidenté
01 44 49 40 85 / 86

MEDECIN REFERENT AES

Dr DUVVIER ou Dr GILQUIN ou Médecin référent d'astreinte du SMT

Toute personne chez qui un traitement post exposition a été instauré doit être revue par le Médecin référent dans les 48 / 72h.

Fiche référentielle d'AES