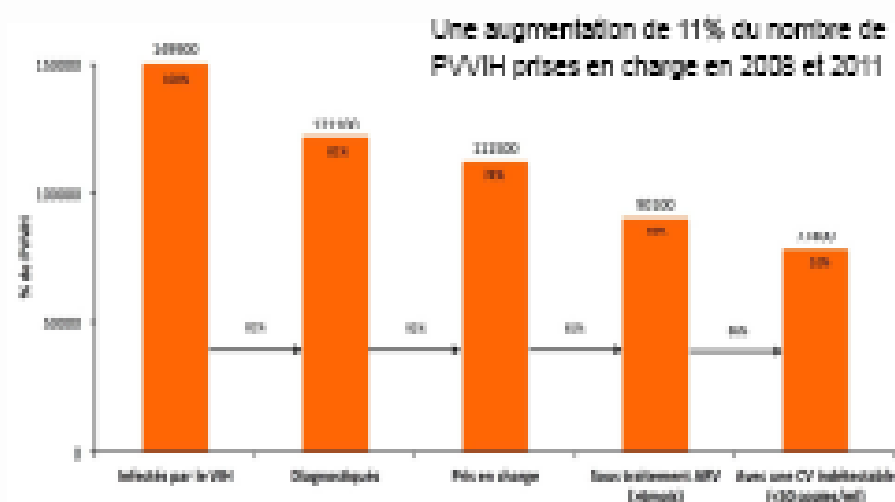


Chapitre 14
prise en charge des situations
d'exposition au risque viral
Rapport Morlat
Septembre 2013

Incidence du VIH en France

- Entre 2004 et 2007 , 7000 à 8000 contaminations par an , soit une incidence de 17 à 19 pour 100 000 par an .
- Chez les HSH =incidence de 1000 /100 000 , donc de 1/100
- Sur 6000 nouveaux diagnostics en 2012, 2000 nés en ASS, 2400 HSH et 80 UDI

Cascade de la prise en charge en France en 2010



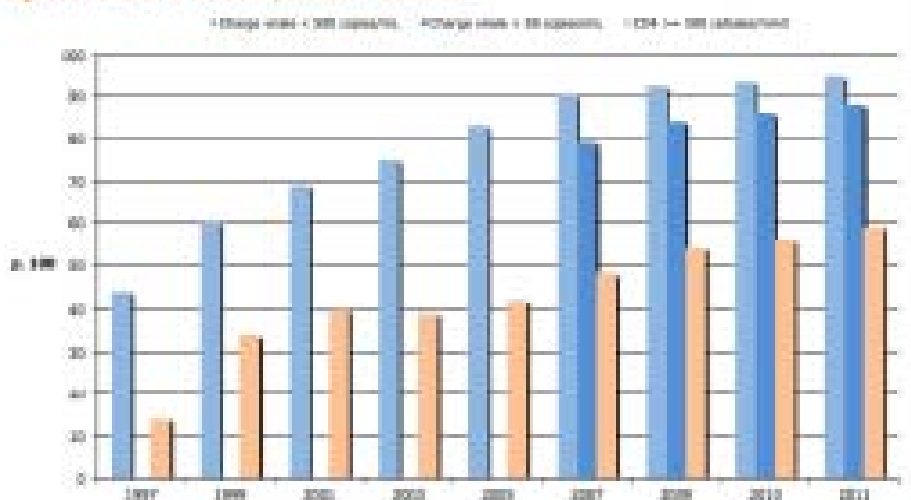
Chez les patients suivis au moins 3 ans, 88% du temps correspond à un suivi adéquat

Epidémiologie

Dominique Costagliola et le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
DES MALADES
VIVANTS AVEC LE VIH
RAPPORT 2013
www.hiv-france.fr

Proportion de patients traités depuis au moins six mois ayant une charge virale inférieure à 500 copies/ml ou à 50 copies/mL ou ayant un taux de CD4 supérieur à 500/mm³



Epidémiologie

Dominique Costagliola et le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
DES MALADES
VIVANTS AVEC LE VIH
RAPPORT 2013
www.hiv-france.fr

Nouvelles recommandations 2013

- Il est recommandé d'instaurer un traitement ARV chez toute personne vivant avec le VIH, quelque soit son nombre de lymphocytes CD4
- Un traitement ARV efficace permet de prévenir la transmission du VIH d'une personne vivant avec le VIH à son partenaire sexuel
- Cette information doit être portée à la connaissance des patients.

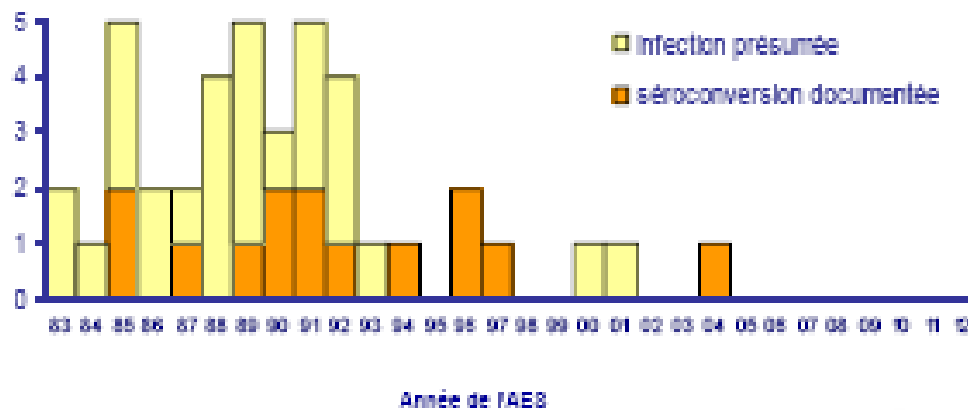
Contaminations professionnelles Surveillance INVS

Résultats

Au 30 juin 2012, depuis la mise en place de la surveillance :

- VIH : 14 séroconversions documentées et 35 infections présumées
- VHC : 70 séroconversions documentées
- VHB : aucune séroconversion rapportée

Contaminations professionnelles VIH en France chez le personnel de santé selon l'année de l'AES

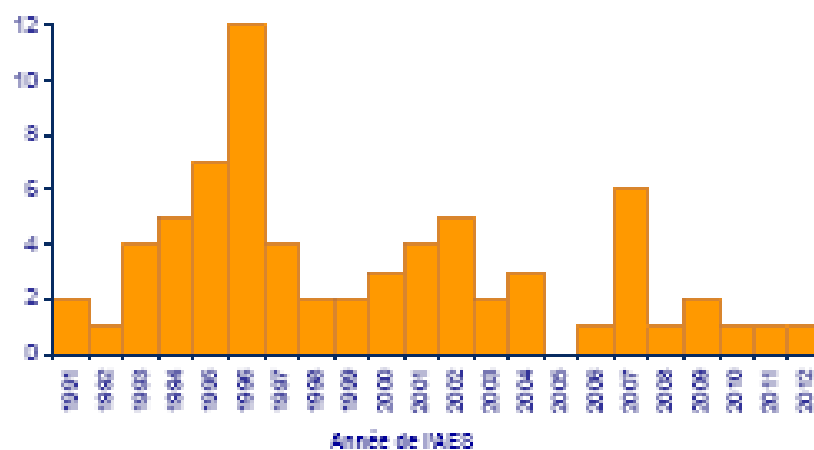


InVS, 30/06/2012

L'année précédente l'AES est inconnue pour 7 infections présumées anciennes



Séroconversions VHC documentées en France chez le personnel de santé selon l'année de l'AES (n=70)



InVS, 30/06/2012





6 séroconversions VHC déclarées depuis 2008 (1 à 2 par an)

- Profession : 4 IDE (dont 2 à domicile) , 1 chirurgien, 1 personnel de laboratoire
- Tâches : 4 prélèvements IV
- Mécanismes : 2 éliminations dans le container, 1 activation de la protection
- Charge virale chez les patients sources ~ 10^8 UI/ml



Estimations / la surveillance AES-Raisin-Geres Nombre de séroconversions attendues en 2009

- Environ 32 000 AES estimés déclarés aux médecins du travail
- Nombre de séroconversions attendues en 2009 :
 - VIH : < 1 cas
 - VHC : environ 2 cas

⇒ Données de la surveillance cohérentes avec ces estimations

Chapitre 14 Points forts

- Le nombre d'AES survenant chez le personnel de santé a diminué depuis 2004. Il n'y a pas eu de contamination professionnelle par le VIH depuis 2005, par le VHC depuis 2008 ???, aucune séroconversion VHB n'a été observée chez les soignants.
- A l'inverse, le risque de transmission d'un patient traité, ayant une charge virale indétectable contrôlée à plusieurs reprises, est très faible.
- Des études régionales ont montré des prescriptions fréquentes du traitement post-exposition (TPE) dans les expositions sexuelles, souvent dans des situations à faible risque.
- La prise en charge des AES en milieu extra-hospitalier n'est pas organisée.

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source			
	Positif		Inconnu	
	CV détectable	CV indétectable ¹	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible
Important : - piqûre profonde, aiguille creuse et intra-vasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Intermédiaire : - coupure avec bistouri - piqûre avec aiguille IM ou SC - piqûre avec aiguille pleine - exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 minutes	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Minime : - piqûres avec seringues abandonnées -- crachats, morsures ou griffures autres cas	TPE non recommandé*			

Recommandations

- **D'instaurer le TPE le plus rapidement possible. Il est inutile de prescrire un TPE au-delà de 48 H (BIII).**
- **De mettre à disposition dans les services spécialisés et les SAU adultes et enfants un kit de quatre jours d'ARV, afin de pouvoir débiter un TPE sans délai.**
- **De prescrire préférentiellement une association d'ARV comportant ténofovir et emtricitabine (ou lamivudine) associé soit au lopinavir/r en deux prises par jour, soit à l'atazanavir/r ou au darunavir/r en une prise par jour (BIII). La durée du TPE est de 4 semaines.**

- **D'informer les femmes sous TPE de la moindre efficacité des contraceptifs oraux (BIII), et de préconiser l'utilisation systématique du préservatif pour les femmes et les hommes jusqu'aux résultats sérologiques.**
- **De vacciner contre le VHB les personnes exposées et non immunisées, couplée à une injection d'immunoglobulines spécifiques en cas de sujet source infecté par le VHB ou issu d'un groupe à prévalence élevée (BII).**

- D'assurer un suivi sérologique pour le VIH à S6 après l'exposition en l'absence de TPE, et à M3-M4 en cas de traitement, quelle que soit la nature de l'AES.
- D'assurer les suivis sérologiques du VHC, et si besoin du VHB, jusqu'à 3 mois (pas de TPE) ou 4 mois (si TPE) après l'exposition, pour les faire coïncider avec le suivi VIH.

	AES traité	AES non traité
J0	NFS, ALAT, créatinine, test de grossesse Sérologie VIH, VHC Anticorps anti-HBs si vacciné sans taux connu Ac anti HBs, anti HBc et Ag HBs si non répondeur ou non vacciné	Sérologie VIH Sérologie VHC + ALAT Anticorps anti-HBs si vacciné sans taux connu Ac anti HBs, anti HBc et Ag HBs si non répondeur ou non vacciné
J15	NFS si AZT , ALAT, créatinine	
J30	NFS, ALAT, créatinine PCR VHC si PCR + chez sujet source	
S6		Sérologie VIH PCR VHC et ALAT si PCR + chez sujet source
M2	Sérologie VIH	
M3/ M4	Sérologie VIH Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc, AgHBS et anti HbS si non répondeur ou non vacciné	Sérologie VIH (Arrêté du 1^{er} Août 2007) Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc, anti HBs et Ag HBs si non répondeur ou non vacciné

- **De poursuivre les efforts de prévention par l'application des précautions standard et la mise à disposition de matériel sécurisé (AII).**
- **De cibler les prescriptions de TPE tant chez l'adulte que chez l'enfant dans les expositions à risque élevé de transmission (BII).**
- **D'organiser des études épidémiologiques sur la prise en charge des personnes consultant après un AES dans les COREVIH**

Professionnels de santé en mission

- Informer les soignants qui vont effectuer un séjour professionnel en pays de fort endémie , avant leur départ, à la prévention et la gestion d'un AES. L'immunité anti VHB doit être vérifiée avant le départ , un dépistage du VIH et du VHC peuvent être proposés.
- L'employeur ou l'organisme auquel cette personne est rattachée devrait fournir le TPE .