

**Conduite à tenir en cas d'exposition accidentelle à du sang (EAS) ou d'autres liquides biologiques et administration de la prophylaxie du VIH et de l'hépatite B après exposition (PEP)**



**Département médical OCB**

**Révisé en mai 2014**



## I. Table des matières

Table des matières .....	2
Abréviations .....	3
Résumé .....	4
Résumé des procédures .....	7
Première étape : Premiers secours .....	8
Deuxième étape : Évaluation du patient source .....	9
Troisième étape : Évaluation de la personne exposée .....	10
La personne exposée est-elle déjà infectée par le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C ? .....	10
De quel type d'exposition s'agissait-il ? .....	10
Quels sont les antécédents médicaux du patient exposé ? .....	11
Quatrième étape : Quels sont les tests sanguins nécessaires .....	11
Cinquième étape : La personne exposée doit-elle recevoir une PEP contre le VIH ? .....	12
Quand faut-il administrer une PEP contre le VIH ? .....	13
Quelle PEP dois-je administrer contre le VIH et pendant combien de temps ? .....	13
Sixième étape : La personne doit-elle recevoir une prophylaxie en prévention de l'hépatite B ou C ? .....	15
Septième étape : La prophylaxie est-elle nécessaire pour d'autres maladies ? .....	17
Huitième étape : Quel est le suivi médical nécessaire ? .....	17
Quel est le suivi clinique nécessaire ? .....	17
Quels sont les analyses sanguines requises pour le suivi ? .....	18
Neuvième étape : Quels sont les documents à remplir ? .....	20
Annexe 1 : Fiche d'information sur la prophylaxie et le suivi après EAS .....	21
Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé / refus du traitement PEP .....	22
Annexe 3 : Formulaire de signalement d'une EAS .....	23

## II. Abréviations

3TC	Lamivudine
EAS	Exposition accidentelle à du sang
ALAT	Alanine aminotransférase (= enzyme du foie)
ATV/r	Atazanavir/ritonavir
AZT	Zidovudine
ClCr	Clairance de la créatinine
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
Hb	Hémoglobine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
PEP	Prophylaxie post-exposition ( <i>Post Exposure Prophylaxis</i> )
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH/sida
TDF	Ténofovir

## II. Résumé

Dans la majorité des lieux où MSF est à l'œuvre, nous sommes confrontés à une prévalence élevée de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et par le virus de l'hépatite B (VHB). L'hépatite C est également présente en certains endroits et parmi certaines populations. La transmission de ces agents peut se faire par :

- blessure avec une aiguille ou tout type d'instrument tranchant contaminé par du sang infecté ou un autre liquide biologique infecté
- contact direct entre du sang infecté ou un autre liquide biologique infecté et une muqueuse (par exemple la bouche ou les yeux) ou une lésion cutanée (par exemple coupure de la peau, écorchure)
- contact sexuel non protégé (à fortiori rapport forcé comme un viol)
- transfusion de sang ne respectant pas la sécurité

Ce guide de bonne pratique décrit les risques d'infection, les mesures préventives et les procédures à suivre après une exposition accidentelle à du sang (EAS) ou à d'autres liquides biologiques. Pour l'exposition suivant un viol ou un rapport sexuel non protégé, veuillez vous référer au guide de bonne pratique international de MSF concernant la violence sexuelle et sexiste (VSS).

L'EAS est définie comme tout contact avec du sang ou un autre liquide biologique suite à une blessure par aiguille ou par tout autre instrument tranchant ou via une muqueuse (par exemple la bouche ou les yeux) ou une affection cutanée existante (plaie, eczéma, égratignure, etc.). Les liquides biologiques comprennent tous les liquides biologiques, par exemple la salive, le sperme, l'urine et les sécrétions vaginales.

**Le risque moyen de transmission du VIH après une seule exposition percutanée à du sang positif pour le VIH est faible (voir tableau 1). Il est nettement plus élevé pour le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C (respectivement 100 fois et 10 fois plus).**

Il y a aussi un risque de transmission de tous les autres agents infectieux qui seraient présents dans le sang (fièvre hémorragique, trypanosomiase, etc.).

**Il est important de se rappeler que la transmission du VIH et des autres virus est beaucoup plus probable suite à des RAPPORTS SEXUELS NON PROTÉGÉS ou à une TRANSFUSION sanguine contaminée.**

**Tableau 1. Risque de transmission après une exposition professionnelle à du sang infecté**

Agents	Mode d'exposition	Risque d'infection
VIH	Exposition percutanée	0,3 %
VIH	Contact cutanéomuqueux *	0,03 - 0,09 %
VHB	Exposition percutanée	10 - 30 %
VHC	Exposition percutanée	0 - 10 %

\* Fait référence à l'exposition de muqueuses (par exemple la bouche ou les yeux) ou à des coupures de la peau ou des écorchures.

**Les actes médicaux les plus habituels qui comportent un risque d'exposition percutanée à du sang contaminé sont notamment :**

- les prélèvements de sang artériels et veineux et autres liquides biologiques visiblement contaminés par du sang, l'insertion et la manipulation de perfusions, en particulier dans les cas d'urgence
- les activités en rapport avec la chirurgie, en particulier durant les interventions chirurgicales majeures ou de longue durée ou en cas d'hémorragie
- la manipulation par le personnel de laboratoire, de sang ou de liquides biologiques infectés
- les activités en rapport avec le nettoyage, la manipulation et la destruction du matériel médical contaminé et des déchets médicaux

**Le personnel des soins de santé est considéré comme étant à risque d'infection par le virus de l'hépatite B, de l'hépatite C et le VIH en conséquence de l'EAS. Le risque ne concerne pas seulement le personnel médical et paramédical, mais aussi le personnel non médical, comme le personnel affecté au nettoyage, à la lessive et à la gestion des déchets.**

Tous les membres du personnel MSF partagent une responsabilité individuelle et collective pour éviter les EAS. Tous les membres du personnel MSF (expatriés et nationaux) doivent être informés sur les moyens de protection contre les EAS, avec rappels réguliers. Le responsable de la santé du personnel doit s'assurer que les informations concernant les précautions universelles et procédures de contrôle des infections sont communiquées au personnel. Tous les membres du personnel MSF doivent recevoir des informations sur la manière de prévenir les EAS et doivent savoir comment suivre les procédures relatives aux EAS. Le coordinateur médical (MedCo) doit s'assurer que le guide des procédures en matière d'EAS, le poster EAS et le traitement PEP sont disponibles dans chaque centre du projet et les procédures suivies de manière appropriée. Pour ce faire, le MedCo peut désigner un membre du personnel médical, de préférence un médecin, responsable de la santé du personnel, y compris de la prophylaxie après une EAS et du suivi de chaque cas dans le centre.

**Tous les membres du personnel qui pourraient être exposés au virus de l'hépatite B et au *Clostridium tetani* (responsable du tétanos) doivent être vaccinés à titre préventif, avant qu'une EAS ne survienne. Il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C, et il n'y a pas de prophylaxie contre cette maladie.**

Certaines de ces infections sont transmises par contacts sexuels : des préservatifs doivent être disponibles dans chaque projet, et leur utilisation encouragée.

Les premiers soins immédiats et la prophylaxie post-exposition par les antirétroviraux (ARV) , endéans les 72 heures, réduisent fortement le risque de transmission du VIH après EAS.

**Deux kits PEP contenant chacun des médicaments ARV prophylactiques pour un mois doivent être disponibles dans chaque centre clinique, bureau du projet ou bureau de coordination. Le coordinateur au niveau PEOcapitale doit expédier un kit PEP de remplacement sur le terrain pour le cas où un autre cas d'EAS surviendrait.**

Dans chaque mission, les éléments suivants doivent être identifiés :

- Un médecin susceptible de superviser le traitement et d'assurer le suivi médical et responsable de la notification des EAS, tant pour le personnel international que pour le personnel national.
- Un laboratoire capable d'effectuer les analyses de détection du VIH, du VHB et du VHC à 8 jours, 3 mois et 6 mois après exposition ainsi que les tests de base et de suivi nécessaires (test de grossesse, créatinine, ALAT). A cet égard, chaque mission doit savoir si ces équipements sont disponibles au niveau local ou régional.
- Une personne responsable des questions purement administratives concernant le remboursement des soins médicaux et les questions d'assurance.

Dans chaque mission, les documents suivants doivent être facilement disponibles :

- Un modèle de dossier médical
- Une fiche d'information sur la prophylaxie et le suivi après EAS (voir Annexe 1)
- Le formulaire de refus/consentement du traitement PEP (voir Annexe 2)
- Le formulaire de notification de l'EAS (voir Annexe 3)

En cas de question ou de problème, prière de contacter le coordinateur médical . Si le MedCo n'est pas disponible, contactez l'Unité Santé du personnel à Bruxelles, dont les coordonnées figurent ci-dessous :

Staff Health Unit, MSF OCB

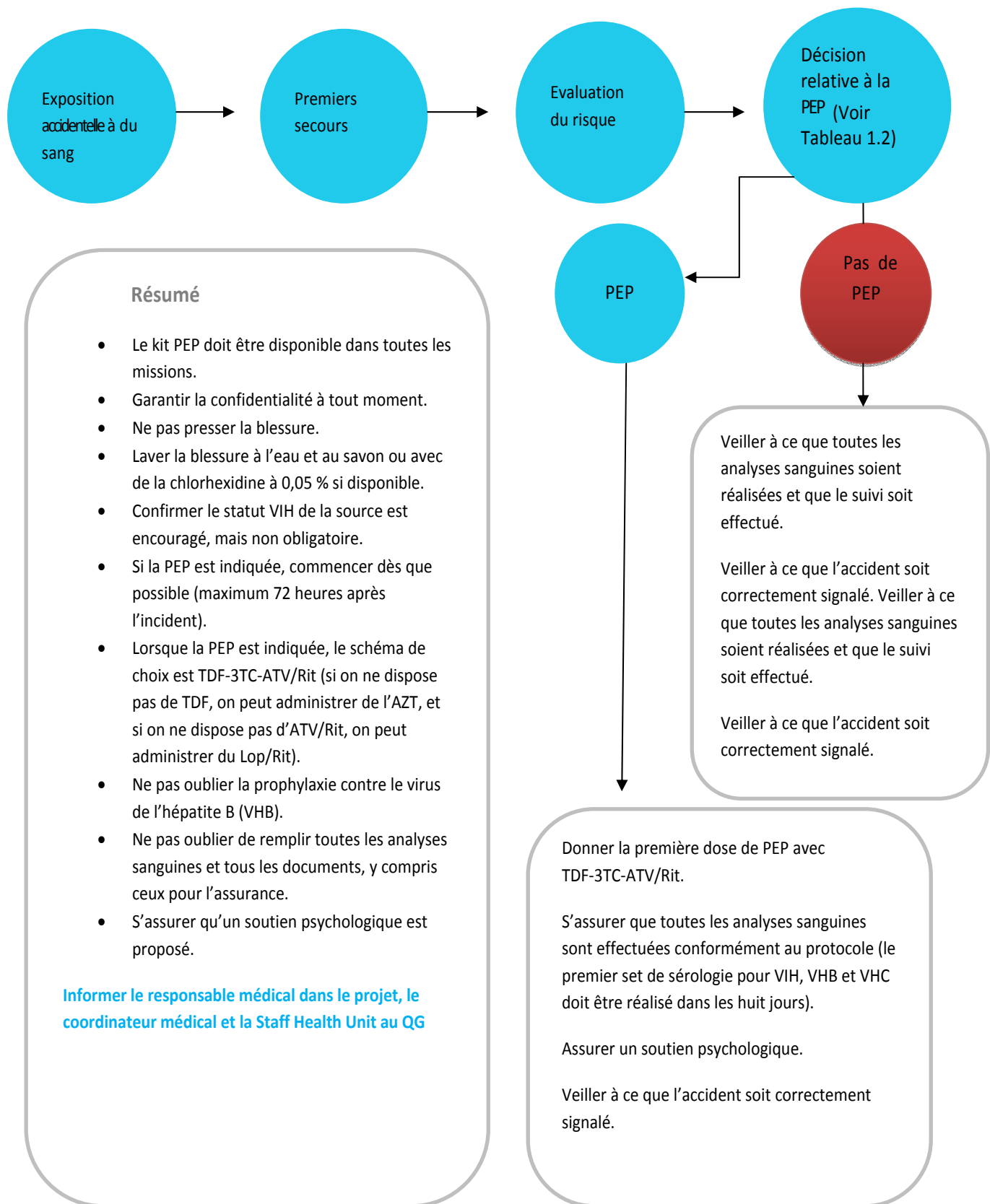
[Staffhealthunit@brussels.msf.org](mailto:Staffhealthunit@brussels.msf.org)

+32 2 474 75 51

### III. Résumé des procédures

(Algorithme et tableau extrait du Guide clinique de MSF relatif au VIH et à la tuberculose, 8<sup>e</sup> édition, 2014) #

#### Algorithme : Protocole PEP MSF-OCB



Note : En cas de morsure profonde (par exemple plaie ouverte, saignement), envisager d'administrer une PEP.



**Tableau 1.2 : Pour déterminer qui nécessite une PEP**

Type d'exposition	On ne connaît pas le statut VIH du patient source	Le patient source est positif pour le VIH	Le patient source est négatif pour le VIH, mais la prévalence du VIH est > 1 % ou bien le patient source fait partie d'un groupe à risque élevé (travailleur/euse du sexe, homosexuel, consommateur de drogues injectables)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute blessure par aiguille</li> <li>• Toute coupure par un bistouri contaminé par du sang</li> <li>• Une blessure profonde provoquée par du matériel contaminé par du sang</li> <li>• Peau lésée ou muqueuse en contact avec une grande quantité de sang</li> <li>• Toute agression sexuelle</li> </ul>	Administrer la PEP	Administrer la PEP	Envisager la PEP
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morsure</li> <li>• Égratignure</li> <li>• Contact avec du sang sur la peau non lésée</li> <li>• Contact avec un autre liquide biologique ne contenant pas de sang (LCR, salive, urine)</li> </ul>	Pas de PEP	Pas de PEP	Pas de PEP

## Première étape : Premiers secours

### Soutien psychologique

Une EAS et la prescription de PEP peuvent causer une forte anxiété chez la personne concernée. Le médecin en charge doit accorder suffisamment de temps pour donner des explications appropriées sur le risque de transmission.

Le soutien à l'observance est essentiel : la personne exposée doit pouvoir trouver un soutien psychologique et recevoir des conseils à tout moment durant la période de PEP et le suivi post-PEP.

### La peau présente-t-elle une lésion ? (par exemple blessure par aiguille ou coupure)

#### Si OUI :

- Ne pas presser ou frotter la lésion
- Laver à l'eau et au savon
- Rincer à l'eau
- Désinfecter avec une solution légèrement désinfectante qui n'irritera pas la peau, par exemple solution de chlore à 0,05 % ou povidone iodée 10 %
- Contacter le responsable médical de la santé du personnel du projet décision sur la suite

#### **Si NON : (par exemple éclaboussure)**

- Laver à l'eau et au savon
- Rincer à l'eau
- Désinfecter avec un désinfectant pour les mains à base d'alcool ou avec une solution de chlore à 0,05 %
- Contacter le responsable médical de la santé du personnel dans le projet pour décision sur la suite

#### **Le contact s'est-il produit par une éclaboussure au niveau de l'œil ?**

##### **Si OUI :**

- Irriguer immédiatement l'œil exposé avec une solution physiologique (NaCl à 0,9 %)
- S'asseoir sur une chaise, pencher la tête en arrière et demander à un collègue de verser délicatement la solution physiologique dans l'œil, en écartant les paupières de manière à ce que l'œil soit parfaitement rincé.
- En cas de port de lentilles de contact, elles doivent être laissées en place durant l'irrigation de l'œil, car elles forment une barrière sur l'œil et favorisent sa protection. Une fois l'œil rincé, retirer les lentilles de contact et les nettoyer comme à l'habitude.
- Ne pas utiliser de savon ou de désinfectant dans l'œil.
- Contacter le responsable médical de la santé du personnel dans le projet pour continuer le suivi

#### **Le contact s'est-il produit par une éclaboussure au niveau de la bouche ?**

##### **Si OUI :**

- Cracher le liquide immédiatement.
- Se rincer la bouche avec de l'eau
- Désinfecter en rinçant avec une solution de povidone iodée à 10 % ou une solution de chlore à 0,05 %
- A nouveau se rincer la bouche avec de l'eau
- Contacter le responsable médical de la santé du personnel dans le projet pour continuer le suivi

## **Deuxième étape : Évaluation de la source de contamination**

### **Rechercher le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C chez le patient source**

Si la source de l'EAS peut être identifiée, il est utile de rechercher le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C chez le patient source. Si les résultats sont négatifs, la personne pourra être rassurée.

Cependant, dans les lieux de prévalence élevée (prévalence du VIH > 1 %), même si résultat VIH négatif pour la source, envisagez néanmoins d'administrer une PEP car séroconversion en cours possible (période fenêtre) alors que le test de dépistage reste négatif.

Si le patient est positif pour le VIH et sous traitement, connaître la charge virale du patient permet de rassurer en cas de suppression virologique, mais cela ne signifie pas

que la personne exposée ne doit pas prendre de PEP. Si le patient source est en échec thérapeutique avec un inhibiteur de protéase en deuxième ligne, veuillez contacter votre référent VIH pour avis complémentaire sur le choix de schéma PEP.

## Troisième étape : Évaluation de la personne exposée

**Important : La personne exposée a-t-elle déjà été infectée par le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C dans le passé ?**

**Soumettre la personne exposée à un test VIH, hépatite B et hépatite C**

Pour déterminer la meilleure ligne d'action, il faut savoir si la personne exposée est déjà infectée par le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C. Les tests rapides doivent être disponibles dans tous les centres du projet. **S'ils ne sont pas réalisés initialement, il faut les réaliser dans les huit jours, pour raisons médico-légales.**

**REMARQUE : LA DISPONIBILITÉ DE TESTS VIH OU LE CONSENTEMENT AU TEST NE DOIVENT PAS RETARDER L'ADMINISTRATION DE PEP SI INDIQUÉE.**

L'analyse VIH doit suivre l'algorithme national <sup>1</sup> utilisant deux tests rapides du VIH. Si tests positifs pour un expatrié ou un contexte de faible prévalence VIH, un troisième test de confirmation sera nécessaire. Veuillez contacter votre conseiller laboratoire pour avis complémentaire. Si le résultat positif, la personne doit être référée pour examens complémentaires et traitement si pas déjà sous traitement.

### **De quel type d'exposition s'agissait-il ?**

Les types d'expositions après lesquelles il convient d'envisager une PEP VIH et l'hépatite B sont :

- Toute blessure par aiguille
- Toute coupure par un bistouri contaminé avec du sang
- Blessure profonde provoquée par du matériel contaminé avec du sang
- Muqueuses (par exemple la bouche ou les yeux) ou peau lésée en contact avec du sang
- Toute agression sexuelle

Les expositions après lesquelles il n'est pas nécessaire d'envisager une PEP pour le VIH et l'hépatite B sont les suivantes :

- morsure
- égratignure
- contact avec du sang sur peau non lésée
- contact avec un autre liquide biologique ne contenant pas de sang (LCR, salive, urine)

<sup>1</sup> Tests rapides du VIH : Guide de bonne pratique destiné aux services d'analyse du VIH et de conseil dans les établissements disposant de peu de ressources. OMS 2004 <http://applications.emro.who.int/aiecf/web28.pdf>

### ***Quels sont les antécédents médicaux du patient exposé ?***

On demandera tous les antécédents médicaux et médicamenteux du patient afin de déterminer s'il existe des contre-indications pour la PEP. On évaluera notamment tout antécédent de **maladie rénale sous-jacente, de diabète ou d'hypertension, de preuve de vaccination contre l'hépatite B et prise de médicaments concomitants potentiellement néphrotoxiques.**

### **Quatrième étape : Quels sont les tests sanguins nécessaires initialement ?**

Si possible : hémogramme, créatinine et test hépatique (ALAT) à réaliser en début de traitement (valeurs de base). Un test de grossesse initial doit être réalisé chez les femmes en âge de procréer, bien qu'aucun des médicaments pour la PEP VIH ne soit contre-indiqué en cas de grossesse,

**La disponibilité des analyses sanguines et des autres tests ne doit PAS retarder la première dose de PEP.**

La dose complète de ténofovir (TDF) est contre-indiquée si la clairance de la créatinine est < 50 ml/min.

Pour calculer la clairance de la créatinine (ClCr), utiliser la formule ci-après.

$$ClCr = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)}}{\text{Créatinine } (\mu\text{mol/l})}$$

Multiplier le résultat ci-dessus chez les femmes x 0,85

Si la ClCr est < 50 ml/min, de l'AZT peut être utilisé (du moment que l'Hb > 8 g/dl), ou la dose de TDF peut être diminuée en l'administrant un jour sur deux (veuillez contacter votre conseiller VIH pour un avis complémentaire).

## Cinquième étape : La personne exposée doit-elle recevoir une PEP contre le VIH ?

Type d'exposition	On ne connaît pas le statut VIH du patient source	Le patient source est positif pour le VIH	Le patient source est négatif pour le VIH, mais la prévalence du VIH est > 1 % ou bien le patient source fait partie d'un groupe à risque élevé (travailleur/euse du sexe, homosexuel, consommateur de drogues injectables)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute blessure par aiguille</li> <li>• Toute coupure par un bistouri contaminé par du sang</li> <li>• Une blessure profonde provoquée par du matériel contaminé par du sang</li> <li>• Peau lésée ou muqueuse en contact avec une grande quantité de sang</li> <li>• Toute agression sexuelle</li> </ul>	Administrier la PEP	Administrier la PEP	Envisager la PEP
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morsure</li> <li>• Égratignure</li> <li>• Contact avec du sang sur la peau non lésée</li> <li>• Contact avec un autre liquide biologique ne contenant pas de sang (LCR, salive, urine)</li> </ul>	Pas de PEP	Pas de PEP	Pas de PEP

**La décision d'administrer une PEP doit être prise par la personne et le clinicien après une discussion approfondie sur les risques par rapport aux avantages.**

### ***Quand faut-il administrer une PEP contre le VIH ?***

#### **LA PEP DOIT ÊTRE ADMINISTRÉE DÈS QUE POSSIBLE**

Pour agir efficacement, la PEP doit idéalement démarrer dans l'heure qui suit l'incident et au plus tard dans les 72 heures. Un traitement après 72 heures peut être envisagé en cas d'exposition massive, situation qui nécessite l'avis d'un spécialiste VIH.

Si l'ARV de premier choix n'est pas disponible immédiatement, **utiliser un autre schéma pour les premières doses** de manière à commencer le traitement **le plus tôt possible**.

### ***Quelle PEP administrer contre le VIH et pendant combien de temps ?***

**SCHÉMA DE PREMIER CHOIX POUR LES ADULTES ET LES ENFANTS > 35 KG :**  
**TDF + 3TC + ATV/R**

**SCHÉMA DE PREMIER CHOIX POUR LES ADULTES ET LES ENFANTS < 35 KG  
ET LES ENFANTS < 6 ANS :**  
**AZT + 3TC + LPV/R**

**LA PEP DOIT ÊTRE ADMINISTRÉE PENDANT 28 JOURS**

**LES FEMMES DOIVENT ÉVITER DE TOMBER ENCEINTES PENDANT QU'ELLES PRENNENT LA PEP**

**Deux kits PEP contenant chacun des médicaments prophylactiques pour un mois doivent être disponibles dans chaque centre clinique, bureau du projet ou bureau de coordination.**

#### **Schéma de premier choix pour les adultes (> 35 kg)**

ténofovir (TDF) 300 mg + lamivudine (3TC) 300 mg combinés une fois par jour

+

atazanavir (ATV) 300 mg boosté avec ritonavir (r) 100 mg combinés une fois par jour

### Remarques :

1. Le TDF peut être contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale importante connue (clairance de la créatinine < 50 ml/min).
2. Ce schéma peut être utilisé même chez les femmes enceintes.
3. **Si le TDF n'est pas disponible ou si l'on a connaissance d'une insuffisance rénale et que l'Hb est > 8 g/dl :**  
Remplacer le TDF par de l'AZT 300 mg deux fois par jour. (disponible sous forme d'association à dose fixe : AZT 300 mg + 3TC 150 mg, administré à raison d'un comprimé deux fois par jour.)
4. **Si l'ATV/r n'est pas disponible**, remplacer par un comprimé Lopinavir 400 mg / ritonavir 100 mg (LPV/r) deux fois par jour. Doubler la dose si Lopi/rito 200/50 mg (Aluvia<sup>®</sup>) avec deux comprimés deux fois par jour).
5. Si ni l'ATV/r ni le LPV/r ne sont disponibles immédiatement, utiliser Efavirenz (EFV) en attendant . L'EFV n'est plus contre-indiqué durant la grossesse.
6. Le principe essentiel consiste à démarrer une triple thérapie **le plus rapidement possible**.

### Traitement des effets secondaires possibles

Les éventuels effets secondaires surviennent principalement au début du traitement : fatigue, nausées et diarrhée les plus fréquents . Avertir le patient de cette possibilité, et le **dissuader d'arrêter le traitement le cas échéant** car la plupart des effets secondaires sont légers et transitoires, même si désagréables. Il existe un risque très faible d'insuffisance rénale avec le TDF. En cas d'utilisation d'AZT, anémie, leucopénie et thrombocytopenie peuvent survenir au cours du mois de traitement. Plus rarement, on a signalé une hépatite (se présentant comme une jaunisse avec éventuellement des douleurs abdominales).

**Si besoin , prescrire des antiémétiques (Dompéridone ou Métoclopramide), avec la première prescription d'antirétroviraux, dans le but de réduire les effets secondaires désagréables.**

### Schéma de PEP pour les enfants

Le TDF est autorisé chez les enfants dès l'âge de 2 ans, mais les formulations pour les jeunes enfants ne sont pas encore disponibles sur le terrain.

L'Atazanavir est autorisé uniquement chez les enfants de plus de 6 ans, mais les formulations pour les enfants de moins de 35 kg ne sont pas facilement disponibles non plus. L'association ATV 300 / R 100 mg peut être utilisée si l'enfant est âgé de plus de 6 ans et pèse plus de 35 kg.

Si moins de 6 ans ou 35 kg, utiliser :

AZT + 3TC deux fois par jour conformément aux tableaux des gammes de poids des enfants (voir le tableau 2 ci-après)

+

Lopinavir/ritonavir (LPV/r) deux fois par jour conformément aux tableaux ci-dessous

Tableau 2 : Posologie des ARV chez les enfants

PEP pour les enfants < 35 kg ou < 6 ans Posologie par schéma et gamme de poids						
Schéma et posologie	AZT/3TC 60 mg/30 mg		LPV/r * 100 mg/25 mg		LPV/r ** 80 + 20 mg/ml	AZT/3TC 300 mg/150 mg
3 à 3,9 kg	1 co. le matin			+	1 ml le matin	
	1 co. le soir			+	1 ml le soir	
4 à 5,9 kg	1 co. le matin			+	1,5 ml le matin	
	1 co. le soir			+	1,5 ml le soir	
6 à 9,9 kg	1 ½ co. le matin			+	1,5 ml le matin	
	1 ½ co. le soir			+	1,5 ml le soir	
10 à 13,9 kg	2 co. le matin	+	2 co. le matin	ou	2 ml le matin	
	2 co. le soir	+	1 co. le soir	ou	2 ml le soir	
14 à 19,9 kg	2 ½ co. le matin	+	2 co. le matin	ou	2,5 ml le matin	
	2 ½ co. le soir	+	2 co. le soir	ou	2,5 ml le soir	
20 à 25 kg	3 co. le matin	+	2 co. le matin	ou	3 ml le matin	
	3 co. le soir	+	2 co. le soir	ou	3 ml le soir	
25 à 34,9 kg			3 co. le matin	+		1 co. le matin
			3 co. le soir	+		1 co. le soir
<p>* Comprimés de lopinavir/ritonavir                      ** Sirop de lopinavir/ritonavir</p> <p>le matin = dose du matin</p> <p>le soir = dose du soir</p>						

### Information sur la PEP pour la personne exposée

La fiche d'information (Annexe 1) doit être discutée, et un exemplaire doit en être remis à toute personne recevant une PEP.

## Sixième étape : PEP pour l'hépatite B ou C ?

Actuellement, il n'existe pas de vaccination disponible ni d'autre PEP pour l'hépatite C.

### Vaccination préventive contre l'hépatite B :

Tous les membres du personnel médical de MSF (nationaux et expats) qui pourraient être exposés au virus de l'hépatite B doivent être vaccinés contre l'hépatite B (3 doses : Jour 0, Mois 1 et Mois 6), et leur réponse à la vaccination doit être évaluée (c.-à-d. contrôle de leur taux d'anticorps anti-HBs) 4 à 8 semaines après la fin de la vaccination. Si la personne développe un taux d'anticorps anti-HBs > 10 mUI/ml 4 à 8 semaines après la vaccination, elle est immunisée contre



l'hépatite B.

Par contre si taux d'anticorps anti-HBs est inférieur à 10 mUI/ml, la personne doit recevoir une nouvelle série de vaccination (3 doses : J 0, M 1 et M 6). Le taux d'anticorps anti-HBs doit de nouveau être contrôlé 4 à 8 semaines plus tard. Si taux d'anticorps anti-HBs est > 10 mUI/ml, l'immunité contre l'hépatite B est acquise.

Sinon, la personne est dite « non-répondeur ». Dans ce cas, il est fortement recommandé de rechercher la présence d'Ag HBs, car cette personne pourrait être positive pour l'hépatite B, ce qui expliquerait pourquoi elle ne répond pas à la vaccination.

La vaccination ne protège pas les non-répondeurs contre le VHB, et ces derniers doivent accorder encore plus d'attention aux mesures de prévention des EAS, telles que l'utilisation de matériel de protection individuelle, ou ils doivent être affectés à un autre poste où les risques d'exposition sont plus faibles.

#### **En cas d'exposition accidentelle à du sang ou un autre liquide biologique :**

Si la personne exposée a été vaccinée avec une première série de trois doses et que son taux d'anticorps anti-HBs a un jour été > 10 mUI/ml, une nouvelle vaccination n'est pas nécessaire.

La vaccination par schéma rapide, 4 doses (Jour 0, Jour 7 et Jour 21 avec une dose de rappel 12 mois plus tard) est recommandée en cas d'exposition pour les personnes suivantes :

- les personnes non vaccinées
- les personnes qui n'ont pas terminé la vaccination primaire contre le VHB
- les personnes qui ont terminé la vaccination mais chez qui l'on n'a pas contrôlé le taux d'anticorps anti HBs 4 à 8 semaines après la fin de la vaccination
- en cas de doute concernant la couverture ou la réponse

Ici aussi, le taux d'anticorps anti-HBs doit être contrôlé 4 à 8 semaines après la dernière dose du schéma rapide.

Il convient de surveiller les non-répondeurs pour détecter les signes d'hépatite B. Le taux de transaminases et les analyses sérologiques sont utiles pour cette surveillance (se reporter à la huitième étape).

#### **Rôle de l'immunoglobuline de l'hépatite B (IgHB) :**

Selon la littérature , l'utilisation de l'IgHB n'apporte qu'un faible avantage en cas de PEP chez l'adulte (lorsqu'on ne connaît pas le statut du patient source) et n'est indiquée qu'en cas d'exposition à du sang ou un liquide biologique positif pour l'Ag HBs. En outre, étant donné les problèmes d'approvisionnement, de conservation, de sécurité d'emploi et les coûts élevés, l'utilisation de l'IgHB n'est pas indiquée, n'est pas réalisable et n'est donc pas recommandée dans la plupart des sites MSF.

La seule exception à cette règle générale : lorsque MSF opère dans des pays où l'utilisation de l'IgHB est indiquée dans le protocole national et que son acquisition est possible au niveau local dans le respect de la sécurité.

Dans ce cas, la décision finale revient au MedCo, qui doit offrir au personnel la prise en charge standard requise et disponible dans le pays.

Si administration conjointe de IgHB et de la première dose de vaccin, choisir un site d'injection distinct .

## **Septième étape : la prophylaxie est-elle nécessaire pour d'autres maladies ?**

L'immunoprophylaxie antitétanique est administrée en fonction du statut de vaccination de la personne exposée et du type et du degré de lésion (N.B. : mais pas en fonction du patient source puisque le tétanos n'est PAS transmis par le sang). Une lésion percutanée survenant à l'air libre présente un faible risque (théorique) de contamination par des spores de *C. tetani* (anaérobies , se trouvent habituellement dans la terre).

## **Huitième étape : Quel est le suivi médical nécessaire ?**

### ***Quel est le suivi clinique nécessaire ?***

#### **Suivi clinique de la tolérance à la PEP HIV :**

La personne exposée qui prend une PEP VIH doit passer une évaluation visant à détecter les effets secondaires possibles et recevoir un traitement au besoin. Normalement, il est utile de revoir le patient après trois ou quatre jours, après deux semaines et de nouveau une fois le traitement terminé.

#### **Suivi clinique des signes de séroconversion VIH :**

Qu'il y ait ou non prise de PEP, la personne exposée doit être surveillée dans les semaines qui suivent une EAS pour détecter l'apparition possible de signes indiquant une séroconversion VIH : fièvre aiguë, lymphadénopathies généralisées, éruption cutanée (rash), pharyngite, symptômes grippaux aspécifiques, aphtes et ulcères au niveau de la région génitale. Ces symptômes apparaissent chez 50 à 70 % des personnes présentant une infection primaire par le VIH et presque toujours dans les 3 à 6 semaines après l'exposition. Si l'on suspecte une infection primaire, il faut rapidement organiser le rapatriement ou l'orientation dans un service spécialisé.

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

#### **Soutien psychologique :**

Une EAS et la prescription d'une PEP peuvent causer une forte anxiété chez la personne concernée. Le médecin doit être attentif à offrir à ces personnes un soutien et une prise en charge. Le rapatriement doit être obligatoire pour tout expat chez qui l'on diagnostique un statut séropositif après les analyses initiales le jour 8 ou suite à une séroconversion après l'EAS. Il faut contacter la Staff Health Unit de MSF OCB ([staffhealthunit@brussels.msf.org](mailto:staffhealthunit@brussels.msf.org)) pour organiser l'évacuation médicale et la continuation du suivi.

### Soutien pour observer la PEP

VU les difficultés d'observance connues pour la PEP, il faut apporter à la personne exposée un soutien psychologique dans le but de maximiser son observance. Lorsque l'on prépare un patient, il est essentiel de l'aider à identifier un moment régulier de la journée pour se remémorer et faciliter la prise des médicaments et également prodiguer des conseils en cas d'apparition d'effets secondaires spécifiques.

Pour le personnel national et pour le personnel international en mission, le suivi médical sera assuré par le coordinateur médical.

Le personnel international, une fois hors de mission, peut adresser ses questions médicales à la Staff Health Unit ([staffhealthunit@brussels.msf.org](mailto:staffhealthunit@brussels.msf.org)).

### Quelles sont les analyses sanguines requises pour le suivi ?

**Sur le plan médico-légal, il est obligatoire d'effectuer des analyses sanguines dans les 8 jours après l'exposition accidentelle (VIH, VHC et VHB chez les personnes non vaccinées) et après 3 et 6 mois.**

**L'objectif est de confirmer que l'éventuelle séroconversion est due à l'accident professionnel : indispensable en cas de demande d'indemnisation. Il est essentiel de respecter le calendrier de surveillance sérologique.**

**Tableau 3 : Suivi clinique et analyses sanguines après l'EAS**

Calendrier	Chez les personnes prenant une prophylaxie après EAS	Chez les personnes ne prenant pas de prophylaxie après EAS
À envisager avant de débiter une PEP À effectuer dans les huit jours après l'EAS *	VIH, VHB*, VHC Clairance de la créatinine si utilisation TDF Hémoglobine (Hb) si AZT ALAT Test de grossesse	VIH, VHB*, VHC
Jour 15	Suivi clinique de la tolérance et recherche des signes de séroconversion Hb si sous AZT	

	ALAT Clairance de la créatinine si sous TDF	
Mois 1	Suivi clinique, y compris recherche des signes de séroconversion Hb si sous AZT ALAT Clairance de la créatinine si sous TDF VIH	Suivi clinique, y compris recherche des signes de séroconversion VIH
Mois 3	VIH, VHB*, VHC ALAT	VIH, VHB*, VHC ALAT
Mois 6	VIH, VHB*, VHC ALAT	VIH, VHB*, VHC ALAT

\* Normalement, tous les expats et tous les membres du personnel national à risque doivent être vaccinés contre l'hépatite B, donc pas recommandé d'effectuer des analyses sérologiques. Sinon pas vaccinés ou si la personne ne connaît pas son statut d'anticorps après vaccination, suivre la procédure décrite ci-dessus.

Le test sérologique VIH doit être effectué au Mois 1. Un résultat négatif permet de rassurer la personne exposée, mais n'est pas une garantie que la séroconversion ne va pas se produire plus tard (notamment chez les personnes qui prennent une prophylaxie, la séroconversion pouvant alors être retardée).

S'il n'est pas possible d'effectuer la sérologie localement, du sang coagulé peut être expédié au laboratoire de référence, en s'assurant de maintenir la chaîne du froid (4 à 8 °C). Important de connaître au niveau de la capitale les laboratoires à même d'effectuer chaque test sérologique (si plusieurs laboratoires impliqués, prélever plusieurs tubes de sang)

Rappel : un test VIH positif unique ne permet pas de poser le diagnostic. Il doit être suivi par un test de confirmation (spécificité différente du premier) ce qui est conforme aux directives ONUSIDA/OMS pour les analyses VIH.

S'il n'y a aucun accès aux tests de surveillance requis ou en cas de détresse psychologique importante, il peut être nécessaire d'envisager le rapatriement. A discuter avec la Staff Health Unit.

## Neuvième étape : Quels sont les documents à remplir ?

Toute EAS d'un membre du personnel national ou international doit être signalé dans les 72 heures.

Le médecin responsable santé du personnel du projet doit ouvrir un dossier médical individuel afin d'assurer une documentation claire du suivi médical de chaque cas. Ce dossier médical sera conservé en lieu sûr dans le projet de manière à ce que la confidentialité soit garantie, et il sera remis à la personne exposée à la fin de sa mission ou de son affectation. Chaque fois que des analyses de laboratoire sont réalisées, les documents originaux contenant les résultats doivent être joints au dossier médical, et une copie remise à la personne exposée.

Deux formulaires de notification doivent être remplis par le médecin responsable santé du personnel :

- Le formulaire de refus / consentement pour le traitement PEP (Annexe 2)
- Le formulaire de signalement de l'EAS (Annexe 3)

Les deux formulaires doivent être lus et signés par la personne exposée.

En outre :

- La personne exposée doit recevoir une copie des deux formulaires.
- Un scan des deux formulaires doit être envoyé par courrier au Medco et à la Staff Health Unit (SHU) de MSF-OCB dans les 72 heures qui suivent l'incident. La SHU informera ensuite l'administrateur en charge des questions d'assurance.
- Les deux formulaires originaux sont envoyés au Medco et conservés en lieu sûr pour garantir la confidentialité.
- Le personnel international recevra les formulaires originaux du Medco à la fin de la mission en même temps que son dossier médical complet. Pour le personnel national, les formulaires originaux resteront au niveau de la capitale sous la responsabilité du Medco.

La personne exposée doit recevoir la fiche d'information sur la prophylaxie, les mesures préventives et le suivi médical après une EAS (Annexe 1). Le médecin responsable de la santé du personnel a le devoir de lui en expliquer le contenu et de s'assurer qu'elle comprend parfaitement les étapes ultérieures et les informations complémentaires.

La victime d'une exposition accidentelle à du sang peut être déclarée incapable de travailler pour une période d'au moins 8 jours à compter du jour de l'accident et jusqu'à la consultation médicale suivante.

Dans ce cas, un certificat médical doit être signé par le médecin responsable de la santé du personnel conformément à la procédure habituelle dans le projet. Le Coordinateur des ressources humaines (HRCO) doit veiller à ce que le suivi administratif (par exemple assurance, remboursement des soins médicaux, etc.) soit assuré pour le personnel national et pour le personnel international encore en mission.

Une fois la mission achevée, le personnel international peut adresser ses questions concernant les problèmes administratifs à l'Administrateur expatriés OCB pour l'assurance et le salaire.

## **Annexe 1 : Fiche d'information sur la prophylaxie et le suivi après EAS**

Le médecin a évalué qu'il existe un risque de transmission de l'infection par le VIH en conséquence de cet accident et que vous devez commencer une prophylaxie après exposition (PEP) au moyen d'un traitement antirétroviral, si vous êtes d'accord.

Vous devez savoir que ce traitement préventif :

- doit être commencé dans les plus brefs délais et, si possible, dans les 4 heures qui suivent l'EAS (au plus tard dans les 72 heures) ;
- Bien que certains échecs à la prophylaxie après exposition aient été décrits, une étude cas-témoins a montré que l'administration d'un traitement antirétroviral réduit de 79 % le risque de séroconversion après exposition ;
- Il peut causer des effets secondaires mineurs (comme tout médicament), en particulier des nausées, des maux de tête, de la fatigue, un malaise. Si vous souffrez d'un de ces effets, veuillez consulter votre médecin. N'arrêtez pas le traitement.
- Il doit être pris régulièrement une fois par jour pendant quatre semaines ;
- Il doit être contrôlé au moyen d'un bilan médical à intervalles réguliers (voir plus loin) ;
- Il requiert que vous utilisiez des préservatifs pendant la période de traitement jusqu'à ce que l'on connaisse les résultats des analyses sanguines de sérologie après six mois ;
- Il requiert que vous utilisiez des mesures contraceptives efficaces durant la période de traitement jusqu'à ce que l'on connaisse les résultats de la sérologie après six mois ;
- Il nécessite votre consentement

Les éléments suivants sont proposés comme suivi :

- Sérologie VIH, VHB et VHC avant le huitième jour ainsi que le troisième mois et le sixième mois : requis pour des raisons médico-légales pour que l'accident soit considéré comme une exposition professionnelle. Si le résultat du test est positif ou intermédiaire, un test VIH de confirmation sera effectué.
- La fonction hépatique doit être contrôlée par une analyse sanguine (ALAT) le jour 15 et les mois 1, 3 et 6. La créatinine (si sous TDF) ou l'hémoglobine (si sous AZT) doit être contrôlée le jour 15 et le mois 1.

## Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé / refus du traitement PEP

Nom et prénom de la personne exposée : .....

Date de naissance : ..... Sexe : .....

Date de l'accident : .....

Je, soussigné, ....., par la présente, déclare ce qui suit :

- J'ai été informé(e) du risque d'infection, des mesures préventives et de la procédure à suivre après une exposition accidentelle à du sang (EAS) ou à d'autres liquides biologiques.
- Je comprends le risque d'infection, les mesures préventives et la procédure à suivre après une EAS.
- On m'a proposé (veuillez sélectionner ce qui convient) :
  - un traitement prophylactique du VIH (PEP pour VIH)
    - Je m'engage à suivre ce traitement prophylactique pendant une période totale d'un mois et je consens à accepter une supervision médicale.
    - J'ai été informé(e) de l'efficacité du traitement et de ses effets secondaires possibles.
    - J'ai décidé de ne pas en prendre.
  - une prophylaxie de prévention de l'hépatite B
    - Je m'engage à suivre ce traitement prophylactique de rappel ou cette vaccination rapide et j'accepte une supervision médicale.
    - J'ai été informé(e) de l'efficacité de la vaccination et de ses effets secondaires possibles.
    - J'ai décidé de ne pas en prendre.
  - une prophylaxie pour une autre maladie (veuillez préciser) :.....
    - Je m'engage à suivre ce traitement prophylactique et j'accepte une supervision médicale.
    - J'ai été informé(e) de l'efficacité de ce traitement prophylactique et de ses effets secondaires possibles.
    - J'ai décidé de ne pas en prendre.

Date : ...

Nom et signature de la personne exposée :

Nom et signature du médecin responsable :

Veuillez scanner et envoyer à [staffhealthunit@brussels.msf.org](mailto:staffhealthunit@brussels.msf.org)  
Veuillez remettre une copie à la personne exposée et  
envoyer l'original au coordinateur médical. Merci !

## Annexe 3 : Formulaire de signalement d'une EAS

Date : ...../...../.....

Pays : .....

Projet : .....

Nom et prénom de la personne exposée : .....

Date de naissance : ..... Âge : ..... H / F

Personnel : National Régional International Détaché Visiteur du QG Personnel non MSF Autre : .....

Profil (veuillez souligner pour préciser) :

- Médecin : Généraliste – Chirurgien – Gynéco – Anesthésiste – Autre : ...
- Paramédical : Infirmière – Accoucheuse – Autre : ...
- Nettoyeur – Personnel de la blanchisserie – Agent de la stérilisation
- Technicien de laboratoire – Watsan – Logisticien
- Autre : ...

Date de l'accident : .....

Exposition à :

- du sang
- un autre liquide biologique contenant du sang (veuillez préciser) : .....
- un autre liquide biologique ne contenant pas de sang (veuillez préciser) : .....

Type d'exposition :

- Blessure par aiguille
- Coupure avec un instrument souillé
- Éclaboussure dans un œil ou les deux yeux
- Éclaboussure dans la bouche
- Autre type d'exposition : .....
- Éclaboussure sur peau lésée
- Éclaboussure sur peau saine
- Contact sexuel non protégé

Préciser l'activité au moment de l'accident :

- Injection IV, IM ou SC
- Prélèvement d'un échantillon de sang ou d'un autre liquide biologique contaminé avec du sang
- Manipulation de sang ou de liquide biologique infectieux
- Mise en place d'un cathéter veineux périphérique
- Pose de sutures
- Au cours d'une intervention chirurgicale (par exemple coupure, piqûre, éclaboussure...)
- Au cours d'une intervention obstétricale
- Aspiration des voies aériennes supérieures (nez, bouche, gorge, bronches)
- Manipulation de linge sale
- Manipulation d'instruments médicaux ou chirurgicaux souillés
- Manipulation de déchets
- Autre : .....

Équipement de protection porté au moment de l'accident :

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

Mesures de premiers secours prises :

- Rinçage à l'eau
- Nettoyage à l'eau et au savon
- Désinfection avec .....
- Autre : .....



Un tiers est-il responsable de l'accident Oui Non

Description des faits :

Nom, prénom et adresse de la personne :

Statut de santé du patient source :

Le patient source est identifié Oui Non

Patient d'un groupe à risque élevé (travailleur/euse du sexe, consommateur de drogues injectables...) Oui Non Indéterminé

Endroit où la prévalence de la sérologie VIH est élevée > 1 % ? Oui Non

Le statut VIH du patient source est positif négatif Indéterminé Date du dernier test VIH : .....

L'évaluation clinique du patient source révèle une suspicion ou la présence de l'infection VIH au cours des six derniers mois ou auparavant ? Oui Non

Le statut sérologique du patient source pour l'hépatite B est positif négatif indéterminé

Le statut sérologique du patient source pour l'hépatite C est positif négatif indéterminé

L'évaluation clinique et/ou les tests de diagnostic révèlent-ils d'autres maladies transmissibles pertinentes ?

Suivi de la personne exposée :

Statut médical avant l'exposition :

Test VIH effectué avant l'affectation Oui Non Date du dernier test VIH : .....  
Test hépatite C effectué avant l'affectation Oui Non Date du dernier test hépatite C : .....  
Test hépatite B effectué avant l'affectation Oui Non Date du dernier test hépatite B : .....

Statut immunologique VHB : Non vacciné  
Précédemment vacciné, répondeur connu \*  
Précédemment vacciné, non-répondeur connu  
Précédemment vacciné, répondeur dont on ne connaît pas la réponse

\* (Répondeur au vaccin VHB = taux d'anticorps anti-HBs atteint > 10 UI/ml 4 à 8 semaines après la dernière dose de vaccination)

Autres données médicales utiles (par exemple grossesse, maladies chroniques pertinentes, médicaments...) :

Prophylaxie après exposition :

Prophylaxie du VIH après exposition (PEP VIH) : Conseillée Oui Non  
Prescrite Oui Non  
Acceptée par la personne exposée Oui Non

Type de PEP VIH prescrite : médicament .....-.....mg.....fois/jour

médicament .....-.....mg.....fois/jour

médicament .....-.....mg.....fois/jour

Délai entre l'accident et le début de la PEP VIH

< 4 heures entre 4 et 24 heures entre 24 et 48 heures plus longtemps (préciser) : .....

Vaccination(s) administrée(s) (quoi - quand) par ex. VHB - Tétanos :

.....  
.....  
Immunoglobuline administrée (quoi – quand) :

.....  
Autres : ..... Prescription de tests de laboratoire : (quoi ? quand ?)

post-ex = après l'exposition

- : à prescrire certainement
- : mettre en couleur si utile à prescrire (voir tableau p. 18 du guide de bonne pratique)

Lors de la réalisation des analyses de laboratoire, veuillez indiquer la date exacte dans le tableau

	< 8 jours post-ex	15 jours post-ex	1 mois post-ex	3 mois post-ex	6 mois post-ex
VIH	●		●	●	●
VHB	○		○	○	○
VHC	●		○	●	●
Clairance de la créatinine si sous TDF	○	○	○		
Hémoglobine si sous AZT	○	○	○		
ALAT	●	○	○	●	●
Test de grossesse	○				
Autres :					

Les documents originaux avec les résultats doivent être conservés dans le dossier médical. Il faut faire une copie des résultats et la remettre à la personne exposée.

Chaque fois qu'un test est positif pour le VIH, le VHB ou le VHC :

    Pour le personnel international, veuillez contacter la Staff Health Unit de MSF-OCB

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

Interruption de travail ?

Oui      Non                      Si oui, combien de jours ?

Évacuation médicale ?

Oui      Non                      Si oui, vers où ?

Informations :

La personne exposée

- a reçu la fiche d'information sur la prophylaxie et le suivi après EAS (voir Annexe 1)
- a signé le formulaire de consentement /refus pour le traitement PEP (Annexe 2)

Autres commentaires :

Date : .....

Lieu : ..... Nom

du médecin (en lettres capitales) :

Signature du médecin :

Veuillez scanner et envoyer à [staffhealthunit@brussels.msf.org](mailto:staffhealthunit@brussels.msf.org)

Veuillez remettre une copie à la personne exposée et envoyer l'original au coordinateur médical. Merci !