

Le suivi après AES

Dr. Marc CHARDON
Médecin du travail

Textes de référence

- [Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang \(AES\) chez l'adulte et l'enfant](#) (septembre 2017) ; recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr Philippe MORLAT et sous l'égide du CNS et de l'ANRS
- [Arrêté du 27 mai 2019](#) fixant les modalités de suivi sérologique des personnes victimes d'accident du travail et des fonctionnaires civils victimes d'accident de service entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine
- [INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/SP2/PP2/DGOS/PF2/DSS/1C/DGT/CT2/2019/45](#) du 25 février 2019 relative aux recommandations de prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques (AES) survenant dans un environnement professionnel et des accidents d'exposition sexuelle

NB : textes abrogés

Circulaire n° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé ;

Circulaire n° DH/SI2/DGS/VS3/98/554 du 1^{er} septembre 1998 relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés ;

Circulaire n° DGS/VS2/DH/DRT/99/680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques ;

Circulaire interministérielle n° DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

L'arrêté du 21 janvier 1994 fixant les modalités de suivi sérologique des fonctionnaires civils victimes d'accidents de service entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine

L'arrêté du 1^{er} août 2007 fixant les modalités de suivi sérologique des personnes victimes d'accidents du travail entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine

Le jour de l'AES

- Pour le patient-source:
 - Sérologie HIV dans les 2 heures
 - Si sérologie +, s'enquérir d'une charge virale récente (< 6 mois)*
 - Sérologies VHC et Ag HBs dans les 24 heures
 - ARN viral VHC par PCR si sérologie positive (NB : résultat non urgent car pas de traitement post-expo VHC)

* **Si le patient source est infecté** par le VIH et présente, sous traitement antirétroviral, une charge virale indétectable depuis plus de six mois, le risque de transmission par voie sanguine est considéré comme nul. Une charge virale devrait être proposée en urgence chez le patient source s'il est accessible et si l'on ne dispose pas de résultat récent (moins de six mois) ou s'il y a un doute sur l'observance thérapeutique. L'initiation d'un TPE dans l'attente de disposer de cette information est dès lors légitime.

- Pour la victime

- Anticorps HBs dans les 24 h si non connus
(Ag HBs et Ac HBc en + si victime jamais vaccinée ou non répondeuse)
- Sérologie VHC + ALAT (résultats à obtenir dans les 7 jours)
- Sérologie HIV (résultat à obtenir dans les 7 jours)
- Créatinine et test de grossesse si indication de traitement post-exposition

Sans oublier la déclaration AT avec certificat médical initial en mentionnant le risque infectieux dans les 3 mois (hépatites & HIV)

Indications de TPE-VIH après exposition au sang (hors partage de matériel d'injection) ou liquide biologique

| 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).

Le suivi sérologique après AES*

| | |
|-------|---|
| 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>)</p> <p>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>) |

* NB : le suivi est un peu différent en cas d'exposition sexuelle

** Depuis l'arrêté du 27 mai 2019, la sérologie VIH à S12 est inutile, sauf traitement post-exposition

Si patient-source connu et séronégatif pour:

HIV*

Hépatite C

Et n'appartenant pas à un groupe à risque :

Personne source à risque pour HIV

Usager de drogue par voie intraveineuse

Homme homosexuel ou bisexuel

Rapports non protégés ou rupture de préservatifs avec partenaires multiples

Et victime immunisée contre l'hépatite B

▶ *Pas de suivi biologique de la victime au-delà des sérologies à J0*

* Rapport Morlat 2017:

Si la personne source est séronégative pour le VIH, il est inutile d'effectuer une surveillance ultérieure, sauf s'il existe un risque de primo-infection en cours chez la personne source.

Si la personne source est infectée par le VIH et qu'elle présente une charge virale indétectable (<50 copies/ml), il est également inutile d'effectuer une surveillance ultérieure.

A J15 (15 jours après l'AES)

▶ AUCUNE SURVEILLANCE PRÉVUE

quel que soit le cas de figure et les statuts sérologiques du patient source depuis l'abrogation de la circulaire du 13 mars 2008

À M2 (2 mois après l'AES)

▶ AUCUNE SURVEILLANCE PRÉVUE

A S6 (6 semaines après l'AES)

- **Sérologie HIV** si patient source VIH+ ou inconnu
- **PCR-VHC & ALAT**
 - si présence d'ARN viral chez le patient source à J0
 - NB : Pas de sérologie ni PCR-VHC si patient source inconnu => voir à S12

À S12 (3 mois après l'AES)

- **Sérologie HIV inutile** (*Depuis l'arrêté du 27 mai 2019, la sérologie VIH à S12 est inutile, sauf traitement post-exposition*)
- Sérologie VHC & ALAT si présence d'ARN viral chez le patient source à J0 ou si patient-source inconnu
- Ac HBc, AC HBs et Ag HBs (si victime non vaccinée et patient source inconnu ou Ag HBs positif)

En ce qui concerne l'hépatite B

- Aucun suivi si soignant immunisé (selon [Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation](#))
- Si soignant non immunisé :

| 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

En ce qui concerne l'hépatite C

En cas d'exposition professionnelle possible au VHC (patient source infecté par le VHC et virémique, ou patient source de sérologie inconnue), un traitement préventif anti-VHC n'est pas recommandé en post-exposition, aucune étude n'ayant évalué son efficacité.

En cas d'exposition au sang, un suivi sérologique sera effectué si le patient source est virémique pour le VHC (ARN VHC plasmatique détectable) ou de statut sérologique inconnu, avec comme objectif de dépister rapidement une hépatite aiguë, laquelle serait une indication à une prise en charge spécifique :

- lorsque le patient source est de statut VHC inconnu, le suivi sera uniquement basé sur la sérologie VHC à S12 ;
- lorsque le patient source est virémique pour le VHC, le suivi de la personne exposée comporte, en plus de celui indiqué précédemment, la recherche d'ARN-VHC (couplée au dosage des ALAT) réalisée à 6 semaines.

Et après?

- *Pas de suivi au-delà du 3^{ème} mois après l'AES*
++Pas de sérologies à M6++
sauf cas très particuliers non détaillés ici (victime immuno-déprimée notamment)
- *Certificat final AT à la fin de la surveillance sérologique (ou du traitement si séroconversion)*
- *les résultats des tests sont communiqués par les victimes, sous pli confidentiel, respectivement au médecin-conseil de l'organisme de sécurité sociale auquel elles sont affiliées et, pour les fonctionnaires civils, au médecin inspecteur de la santé chargé du secrétariat de la commission de réforme compétente.*

NB : En cas d'AES traité sur 28 jours (traitement post-exposition HIV), le calendrier et les examens peuvent différer mais relèvent du médecin spécialiste qui suivra la victime

En cas de séroconversion...

Outre la prise en charge thérapeutique, prévoir :

- La déclaration de la contamination professionnelle VIH, VHC ou VHB après un AES en utilisant un formulaire disponible sur le site du GERES :

<http://www.geres.org/aes-et-risques/epidemiologie-du-risque-infectieux>

- Une discussion de l'inaptitude temporaire au poste (ou aménagement d'activité), le temps du traitement et de la négativation de la charge virale, pour les professions chirurgicales ou obstétricales à risque de contamination soignant-soigné

Pour conclure (1/2)

Un peu d'optimisme :

- Aucune contamination professionnelle VIH depuis plus de 10 ans au moins
- L'hépatite C :
 - guérison désormais en 12 semaines de traitement
 - aucune contamination professionnelle VHC depuis 2012
- L'hépatite B : aucune contamination professionnelle VIH depuis au moins 2005

Pour conclure (2/2)

Risques des AES : Hépatite B & C, HIV mais pas que...

PATHOGÈNES RESPONSABLES D'INFECTIONS POST-AES DOCUMENTÉES

Rétrovirus

VIH - HTLV

Virus des hépatites virales

A, **B**, **C**, D, G

Parasites

- Plasmodium falciparum
- Toxoplasma gondii, trypanosoma

Virus des FHV

- Virus amaril
- Virus de la Dengue
- Virus Ebola
- Virus de la Fièvre de Lassa
- Virus Marburg
- Virus Junin
- Virus Machupo
- Virus Sabia
- Virus de la Fièvre Crimée Congo
- Virus Guaranito

Autres virus

- Virus de la Fièvre de la Vallée du Rift
- Virus Varicelle-Zona
- Virus Kyasanur
- Chinkungunya

Bactéries

- Streptococcus A, β hémolytique
- Staphylococcus aureus, Brucella sp
- Corynebacterium diphtheriae
- Leptospira icterohaemorrhagiae
- Mycobacterium leprae, tuberculosis
- Neisseria gonorrhoeae
- Salmonella typhi

Donc...:

- AES toujours une urgence pour le lavage et la désinfection+++
- Déclaration AT toujours nécessaire