
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

**Traitement préventif
post-exposition au
VIH**

Tableau 1: Indications au TPE après exposition sexuelle lorsque la personne source vit avec le VIH

Risque et nature de l'exposition	Partenaire source vivant avec le VIH CV détectable	Partenaire source vivant avec le VIH CV <50 copies/ml et TARV ≥6 mois
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapports oro-génitaux	TPE non recommandé*	TPE non recommandé

*En cas de fellation réceptive avec charge virale >1000 copies/mL documentée chez le partenaire source, un TPE est à discuter au cas par cas.

Tableau 2A : Indications au TPE après exposition sexuelle lorsque le statut VIH de la personne source ne peut pas être déterminé (classé par indication)

TPE recommandé	TPE à discuter, en fonction de la demande de la personne et/ou du fait d'un surrisque d'exposition*	TPE non recommandé
Pénétration anale ou vaginale quand le ou la partenaire est HSH, personne transgenre ou usager de drogues par voie intraveineuse	Pénétration vaginale, quand il est possible de déterminer que le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH non diagnostiqué est $\geq 1\%$.*	Pénétration vaginale, sans surrisque*
Pénétration anale réceptive, quand il est possible de déterminer que le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH non diagnostiqué est $\geq 1\%$.*	Pénétration anale réceptive, sans surrisque identifié*	Pénétration anale insertive, sans surrisque identifié*
	Activité sexuelle sous produits psychoactifs	Rapport oro-génitaux quels qu'en soient la nature
	Activité sexuelle en groupe Violences sexuelles	Projection cutanée ou muqueuse de sperme ou sécrétions génitales

* On parle de "surrisque" quand le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH¹ non diagnostiqué est $\geq 1\%$: personne originaire de zone de haute endémie (prévalence $\geq 1\%$, dont certains pays d'Afrique subsaharienne et la Guyane), usager de drogue intraveineuse ; ou lorsque le rapport survient dans des circonstances où les données de la littérature ne permettent pas d'évaluer le niveau d'exposition, mais où un risque accru du VIH est possible : activité sexuelle en groupe, sous produits psychoactifs, violences sexuelles.

Tableau 2B : Indications au TPE lorsque le statut VIH de la personne source ne peut pas être déterminé (classé par risque d'exposition)

Risque et nature de l'exposition	HSH ou personne transgenre	Partenaire d'un groupe de prévalence $\geq 1\%$ (hors HSH ou personne transgenre)*	Activité sexuelle en groupe et/ou sous produits psychoactifs, Violences sexuelles*	Autres situations avec partenaire de statut VIH inconnu
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter	TPE non recommandé
Rapport vaginal	TPE recommandé	TPE à discuter	TPE à discuter	TPE non recommandé
Rapports oro-génitaux	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Projection cutanée ou muqueuse de sperme ou sécrétions génitales	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

Tableau 3 : Indications au TPE après exposition au sang (hors usage de drogues injectables)

Risque et nature de l'exposition*	Personne source vivant avec le VIH avec CV détectable ≥ 50 copies/mL	Personne source vivant avec le VIH traitée depuis >6 mois avec CV < 50 copies/mL	Personne source de statut VIH impossible à déterminer
Piqûre profonde avec aiguille creuse intravasculaire	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE à discuter si facteurs de risques épidémiologiques
Coupure avec bistouri, piqûre avec aiguille IM ou SC, piqûre avec aiguille pleine, exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 min	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Piqûres avec seringues abandonnées, crachats, morsures, griffures	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* Des soins locaux doivent être réalisés : si blessure ou piqûre, lavage à l'eau et au savon puis antiseptie (hypochlorite de sodium ou povidone iodée) ; en cas de projection muqueuse, rinçage au sérum physiologique

Délai d'instauration

Le TPE doit être instauré le plus tôt possible, idéalement dans les 4 h, et jusqu'à 48 h suivant l'exposition. (Grade C) Au-delà de ce délai, et notamment sur la période allant de 48 à 72 h post exposition, les données de la littérature ne montrent pas de protection significative.

Durée de traitement

La durée du TPE est de 30 jours (Grade C), incluant le « starter kit » quand il a été utilisé.

La bonne tolérance biologique des traitements antirétroviraux ne nécessite pas de surveillance biologique ou clinique spécifique au cours des 30 jours de traitement. (AE)

Le traitement post-exposition recommandé en 1^{re} intention est **l'association de ténofovir-disoproxil (TDF) (245 mg), lamivudine (3TC) (300 mg) ou emtricitabine (FTC) (200 mg) et de doravirine (DOR) (100 mg)**. (AE)

- Soit comprimé unique quotidien de TDF/3TC/DOR (245/300/100 mg). Cette option combine l'avantage du comprimé unique et d'un coût réduit.
- Soit 2 comprimés en une prise quotidienne de TDF/FTC (245/200 mg) et DOR (100 mg). Cette option a l'avantage d'un coût encore plus bas que le comprimé unique. Quand cela est souhaité, elle permet d'enchaîner sur la PrEP par TDF/FTC en supprimant simplement le comprimé de DOR.

En alternative, il peut être utilisé une association combinant deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur de l'intégrase, avec un coût plus élevé (AE) :

- TDF/FTC et dolutégravir (245/200 mg et 50 mg). Cette option a l'inconvénient d'impliquer la prise de deux comprimés
- TDF/FTC et raltégravir (245/200 mg et 1200 mg). Cette option a l'inconvénient d'impliquer la prise de trois comprimés
- TAF/FTC/bictégravir (25/200/50 mg). Cette option a l'avantage du comprimé unique mais c'est la combinaison la plus coûteuse.

Insuffisance rénale

Comme le TDF ne peut pas être utilisé quand le débit de filtration glomérulaire est ≤ 50 mL/min/1,73m², il est recommandé d'utiliser l'association BIC/FTC/TAF 50/200/25 mg en cas de $30 \leq \text{DFG} < 50$ mL/min/1,73m² et DTG 50 mg + DOR 100 mg en cas de $\text{DFG} < 30$ mL/min/1,73m² (cette dernière association est la seule à n'avoir aucune activité contre le VHB).

Enfants

En cas d'indication de TPE chez un enfant au-delà de l'âge de 12 ans et d'un poids de plus de 35 kg, le choix peut se porter sur l'association TDF/3TC/DOR comme chez l'adulte, ou l'association BIC/FTC/TAF. (AE)

Chez l'enfant de moins de 12 ans, les formes pédiatriques de BIC/FTC/TAF sont à privilégier.

Toute exposition au sang ou sexuelle

Sérologie VIH

Sérologie VHB : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc (sauf si immunité antérieure documentée ou statut connu)

Sérologie VHC

En cas de TPE

ALAT

Créatinine + DFG

En cas d'exposition sexuelle

Sérologie syphilis

PCR chlamydia + gonocoque :

Frottis pharyngé (rapport oro-génital)

Frottis anal (rapport anal)

Auto-prélèvement vaginal ou 1^{er} jet d'urines (si pénis)

Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition sexuelle

		En cas de TPE, avec enchaînement sur une PrEP	En l'absence de TPE et en l'absence de risque hépatite	En cas de TPE, sans PrEP à suivre et sans risque d'hépatite	En cas de TPE, en l'absence de PrEP et avec risque d'hépatite (1)
Temporalité	Bilan initial	Un seul contrôle à S4 post exposition puis suivi PrEP habituel	Un seul contrôle à S6 post exposition	Un seul contrôle à S10 post exposition	Un seul contrôle à S12 post exposition
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH	+	+	+	+	+(2)
<input type="checkbox"/> ARN VIH		+/- (3)			
<input type="checkbox"/> Sérologie VHB	+				+
<input type="checkbox"/> Sérologie VHC	+				+
<input type="checkbox"/> Sérologie VHA		+(IgG)			+/- (4)
<input type="checkbox"/> ALAT	+(5)	+			+
<input type="checkbox"/> Créatinine + DFG	+(5)	+			
<input type="checkbox"/> Sérologie Syphilis	+	+	+	+	+
<input type="checkbox"/> PCR Chlamydia/Gonocoque (6)	+	+	+	+	+
<input type="checkbox"/> Test de grossesse	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)	+/- (7)

(1) « risque hépatite » : pour l'hépatite B, personne non immunisée contre le VHB. Pour l'hépatite C, pratique anale traumatique, sujet source usager de drogues intraveineuses, chemsex, sujet source vivant avec le VHC non traité

(2) Pour les personnes ayant eu un « risque hépatite » et ne souhaitant pas attendre 12 semaines pour avoir les résultats de leur test pour le VIH, celui-ci peut être réalisé à 6 semaines (ou 10 semaines en cas de TPE)

(3) En cas de doute sur une primo-infection VIH

(4) Si exposition à risque VHA (rapports oro-anaux) : IgM (hépatite aiguë), IgG (contrôle d'immunité)

(5) Si TPE

(6) Pharyngé, anal, vaginal ou 1^{er} jet urinaire selon exposition

(7) Femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception : au screening et chaque fois que les femmes le souhaitent

Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition au sang

		Avec ou sans TPE
Temporalité	Bilan initial	A S12 post-exposition
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH	+	+ (1)
<input type="checkbox"/> Sérologie VHB	+	+/- (2)
<input type="checkbox"/> Sérologie VHC	+	+ (3)
<input type="checkbox"/> ALAT	+ (4)	+
<input type="checkbox"/> Créatinine + DFG	+ (4)	
<input type="checkbox"/> Test de grossesse	+/- (4, 5)	

(1) Pour les personnes ne souhaitant pas attendre 12 semaines pour avoir les résultats de leur test pour le VIH, celui-ci peut être réalisé à 6 semaines (ou 10 semaines en cas de TPE)

(2) En cas de risque VHB : Ac anti-HBs négatifs au screening et personne non vaccinée

(3) En cas d'exposition à un sujet source ARN VHC+, un bilan plus précoce pourra être réalisé à S6 avec ALAT et charge virale VHC

(4) En cas de TPE

(5) Femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception au screening et chaque fois que les femmes le souhaitent

En cas de prescription d'un TPE chez une personne qui n'est pas encore sous PrEP, il est recommandé d'envisager au cas-par-cas une prescription de PrEP du VIH à l'issue du traitement de l'exposition. La PrEP peut être administrée dès la fin du TPE, avec un contrôle de l'ARN VIH plasmatique en cas de doute sur une primo-infection. (AE)

En cas de défaut de prise de la PrEP et d'exposition au VIH, un TPE est indiqué si (AE). :

- En schéma continu par TDF/FTC, la PrEP a été prise moins de 6 fois dans les 7 derniers jours (rapports vaginaux réceptifs) ou moins de 4 fois dans les 7 derniers jours (rapports anaux)
- En schéma discontinu par TDF/FTC, la prise initiale s'est faite moins de 2 h avant la pénétration anale ou quand le premier comprimé post exposition n'a pas été pris dans les 28 h (4 h après l'heure recommandée) suivant la première prise
- En cas de PrEP par CAB-LP injectable, si la dernière injection date de plus de 10 semaines (soit 2 semaines de retard après la date théorique d'injection)

Dans les situations où la PrEP orale n'a pas été correctement prise et nécessite d'envisager un TPE dans les 48 h de l'exposition, et en cas d'impossibilité de consulter immédiatement pour un TPE, les personnes ayant avec elles des comprimés de TDF/FTC sont incitées à reprendre un traitement le plus rapidement possible, dans l'attente de la consultation permettant de prescrire le TPE. En effet, il n'y a pas d'argument dans la littérature indiquant que la bithérapie est inférieure à la trithérapie en TPE, et dans l'urgence il est probablement mieux de prendre une bithérapie immédiate plutôt que de ne rien prendre en attendant le 1er comprimé de trithérapie post-exposition.

Vaccination contre le VHB

Lorsque la personne exposée n'est pas immune vis-à-vis de l'hépatite B, une vaccination doit lui être proposée et initiée immédiatement, si possible sur place, le plus tôt possible après l'exposition. (Grade A)

Il est recommandé d'organiser la suite de la vaccination dans les conditions les plus adaptées aux contraintes de la personne, et de s'assurer qu'elle complète son schéma vaccinal, en la rappelant au besoin.

En cas d'antécédent de vaccination B, si le taux d'Ac anti-HBs est <10 UI/L, une nouvelle dose de vaccin (« booster ») peut être proposée (sauf si antécédent, quel que soit son ancienneté, d'Ac anti HBs ≥ 100 UI/L, cf. infra). Un contrôle du taux d'anticorps sera réalisé 4 semaines plus tard (AE). En cas d'Ac anti-HBs >10 UI/L sur ce contrôle, il ne sera pas nécessaire de refaire de doses ultérieures. Il est recommandé de s'assurer que la personne consulte un professionnel de santé pour le contrôle sérologique et l'éventuel complément de schéma vaccinal, en la rappelant au besoin.

Immunoglobulines anti-VHB

L'injection d'immunoglobulines anti-VHB est disponible en milieu hospitalier : elle n'est recommandée que si la personne source a un Ag HBs positif documenté, et en l'absence d'immunité vaccinale de la personne exposée. (Grade B) Il est recommandé de réaliser l'injection dans les 72 h suivant l'exposition et toujours avant le 7^e jour post-exposition. (AE) Cette injection n'est pas nécessaire si la charge virale B de la personne source Ag HBs+ est connue comme étant indétectable.

Un antécédent, quel que soit son ancienneté, d'Ac anti HBs ≥ 100 UI/L de la personne exposée immunocompétente est une garantie de protection à vie vis-à-vis de l'hépatite B et dispense de l'injection d'immunoglobulines intraveineuses et de la vaccination, quel que soit le statut de la personne source. (Grade A)

La doxycycline en prévention des IST bactériennes n'est pas recommandée après un accident d'exposition sexuelle. (AE)

Il est recommandé de délivrer une contraception d'urgence de son choix à toute femme qui le souhaite. (AE)

Nous recommandons que les kits de démarrage de 3-5 jours du TPE soient accessibles en pharmacie d'officine, sans consultation médicale préalable, sur le modèle du dispositif actuel de délivrance de la contraception orale d'urgence (AE), et qu'ils puissent être délivrés par des acteurs de proximité, sur le modèle de la pratique des TROD. (AE) La délivrance élargie de ce kit devrait être associée à une réévaluation médicale dans les 5 jours.

Nous recommandons que l'autorisation de prescrire le TPE soit étendue à tous les médecins, comme pour la PrEP. Nous recommandons qu'elle soit également **étendue à toutes les sage-femmes** (AE) et que tous les centres de santé sexuelle puissent délivrer les kits et prescrire le TPE.

Nous recommandons que la possibilité de délivrer un TPE aux mineurs sans consentement parental soit clairement établie, au moins pour les services d'urgences, les CeGIDD, les centres de santé sexuelle et les services hospitaliers spécialisés et en toute confidentialité. Ces mesures doivent être assorties d'une garantie pour le bénéficiaire mineur qu'aucun décompte ne sera envoyé à l'assuré, et aucune information délivrée aux parents. (AE)

Nous recommandons que les services d'urgence s'organisent pour que la délivrance du kit de démarrage puisse se faire directement par les infirmières d'accueil et d'orientation, dans le cadre d'un protocole écrit interne au service d'urgences sous la responsabilité du médecin, sans recours systématique à un avis médical initial. L'indication devra être réévaluée dans les 5 jours par un médecin compétent dans le domaine du TPE. (AE)

Nous recommandons que les CeGIDD et les centres de santé sexuelle puissent disposer des budgets suffisants pour prendre en charge le coût du TPE et de sa surveillance pour les personnes mineures et pour les personnes ne disposant pas d'assurance maladie. (AE)