TRAVAIL, EMPLOI, FORMATION PROFESSIONNELLE

Travail et gestion des ressources humaines

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL

Direction générale de la santé

Sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques

Bureau des infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose (SP2)

Sous-direction politique des produits de santé et qualité des pratiques et des soins

Bureau du médicament (PP2)

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

Bureau des produits de santé (1C)

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)

Direction générale du travail

Sous-direction des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail

Bureau des risques chimiques, physiques et biologiques (CT2)

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

NOR : *SSAP1906043J*

Date d'application : immédiate.

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

Références :

Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé ;

Décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et modifiant les dispositions relatives à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare ;

Décret n° 2015-1621 du 9 décembre 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic mentionnés à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique ;

Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants;

Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles;

Arrêté du 23 novembre 2016 fixant le modèle de rapport d'activité et de performance devant être fourni au directeur général de l'agence régionale de santé et à l'Agence nationale de santé publique par les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD);

Arrêté du 27 mai 2019 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 afin de raccourcir les délais de surveillance;

Instruction n° DGS/RI2/2015/195 du 3 juillet 2015 relative à la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles;

Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP2/2018/94 du 5 avril 2018 relative à la compétence territoriale et au fonctionnement des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH).

Circulaires abrogées:

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 1er 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).

Annexe:

Stratégie de prévention des accidents avec exposition au sang ou tout produit biologique d'origine humaine à risque.

La ministre des solidarités et de la santé et la ministre du travail à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé; Mesdames et Messieurs les préfets de département; Monsieur le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM); Monsieur le directeur général de la Caisse nationale déléguée à la sécurité sociale des travailleurs indépendants; Monsieur le directeur général de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA); Mesdames et Messieurs les directeurs des directions régionales des entreprises, de la concurrence, du travail et de l'emploi (DIRECCTE); Mesdames et Messieurs les présidents des COREVIH (comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH et des IST) (pour information et diffusion).

La présente instruction a pour objet de préciser les dispositifs et les modalités de prise en charge et d'accès au traitement post-exposition que ce soit dans les établissements de santé ou dans les CeGIDD[1].

I. – DÉFINITIONS - CONTEXTE

On entend par accident d'exposition au sang (AES): tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang en lien avec soit une effraction cutanée (piqûre, coupure...) soit une projection sur une muqueuse (œil...) ou sur une peau lésée. Sont assimilés à des AES les

[1] CeGIDD: centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic.

accidents survenus dans les mêmes circonstances avec d'autres liquides biologiques (tels que liquide céphalorachidien, liquide pleural, secrétions génitales...) considérés comme potentiellement contaminants même s'ils ne sont pas visiblement souillés de sang.

Les AES concernent de nombreuses professions ainsi que les usagers de drogues par voie injectable en cas de partage du matériel avec un risque de transmission de virus hématogènes (VHB, VHC, VIH). Ils concernent également les accidents d'exposition sexuelle en cas de rapports sexuels non ou partiellement protégés exposant à un risque de transmission d'agents d'infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH et le VHB.

Les AES ne font pas l'objet d'un dispositif national de surveillance. 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-déficiense humaine) d'Île-de-France[2], 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 2e mois et 15 % aux 3e et 4e mois ;

39 % d'accidents d'exposition professionnelle dont 9 % ont justifié la prescription d'un TPE

19 % avec une origine non précisée.

En 2016, l'étude ANRS-QUALIPEP[3] a relevé un besoin de formation à la prescription du TPE pour le personnel des structures des urgences (SU) et a souligné le travail nécessaire pour aboutir à une posture accueillante et un non-jugement dans l'accueil des usagers.

II. – L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE D'UN AES DOIT PERMETTRE UN DÉLAI COURT ENTRE L'EXPOSITION AU RISQUE ET LA MISE EN ROUTE D'UN ÉVENTUEL TRAITEMENT, IDÉALEMENT DANS LES PREMIÈRES HEURES SUIVANT L'EXPOSITION AU RISQUE ET AU PLUS TARD DANS LES 48 H

Dans leur région les ARS, en lien avec les partenaires locaux, notamment les COREVIH et CPias[4] :

– vérifient dans les structures concernées l'adaptation du dispositif de prise en charge des AES ;
– informent sur les enjeux et l'organisation de ce dispositif ;
– contrôlent régulièrement l'adéquation du dispositif.

Un dispositif local d'accueil et de prise en charge des personnes consultant après un AES doit permettre par l'accueil dans un service compétent, de limiter le délai entre l'exposition au VIH et, le cas échéant, la mise sous TPE, après le contact potentiellement contaminant :

– l'analyse précoce du risque infectieux encouru ;
– la mise en œuvre rapide d'un éventuel traitement et son suivi ;
– le soutien pour l'observance du traitement post-exposition ;
– le conseil dans le domaine de la prévention ;
– le recueil de données pour l'évaluation.

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.

[2] Rouveix E. Marigot-Out Tandy D.Hamet G. et Al., vers une amélioration du recueil des expositions accidentelles à risque viral par les COREVIH, JNI BORDEAUX, 11-13 Juin 2014, POSTER P-02.

[3] Charpentier N. Quatremere G. Mabire X. et Al. Freins et leviers de la prise en charge du traitement post-exposition au VIH. Santé Publique 2016 ; 28 :791-799.

[4] CPias : Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins.

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

III.2. **Les acteurs intervenant dans la prise en charge**

III.2.1. *En établissement de santé (ES)*

Le médecin du travail intervient dans les divers secteurs d'activités concernés par l'exposition au risque d'AES. Il conseille le directeur de l'établissement sur l'évaluation du risque d'exposition des salariés à la transmission du VIH et des hépatites ainsi que sur les modalités de leur information. Il contribue à l'élaboration du protocole de prise en charge des AES professionnels. Il participe à l'information et l'orientation de la personne lorsqu'il est présent dans l'établissement au moment de l'accident, voire, dans certains établissements, il est intégré au dispositif de prise en charge, notamment pour le suivi sérologique.

En lien avec le service de santé au travail, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) intervient dans la promotion des bonnes pratiques de prévention des AES notamment sur le respect des précautions standard et la mise à disposition du matériel sécurisé dans leur ES. Leur expertise peut être sollicitée pour l'analyse des causes d'AES. En l'absence d'EOH il est fait appel au CPias.

Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) des établissements pénitentiaires et les unités médicales des centres de rétention administrative (UMCRA) doivent garantir l'accès au traitement post-exposition conformément aux recommandations du groupe d'experts dans le cadre de l'organisation de la permanence des soins, en se référant, pour les USMP, au protocole cadre entre établissement pénitentiaire et établissement de santé.

III.2.2. *Dans un CeGIDD*

Le coordonnateur du CeGIDD s'assure que l'organisation, les protocoles et la prise en charge sont conformes aux dernières recommandations.

III.2.3. *Les autres partenaires impliqués dans le dispositif*

Le médecin du travail, dont le rôle est précisé à l'article L. 4622-3 du code du travail, est exclusivement préventif et consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé. Il procède à l'analyse des conditions de travail et à l'étude des postes de travail (article R. 4624-1 du code du travail). Il assure le suivi individuel de l'état de santé des travailleurs en réalisant des visites médicales. Il peut être amené à prendre des mesures de prévention permettant d'éviter que les travailleurs soient exposés à des risques de transmission du VIH et des hépatites.

Ainsi, le médecin du travail :

- conseille le chef d'établissement sur l'évaluation du risque d'exposition des salariés à la transmission du VIH et des hépatites, sur les moyens de prévention et de protections collective et individuelle (vaccinations, EPI…) ainsi que sur les modalités de formation et d' information des salariés. La prévention primaire doit être privilégiée ;
- contribue à l'élaboration, par le chef d'établissement, du protocole de prise en charge des cas d'accident exposant au risque de transmission du VIH et des hépatites ;
- lorsqu'il est présent dans l'établissement au moment de l'accident, peut assurer l'information et l'orientation de la personne, voire, dans certains établissements de santé, être intégré au dispositif de prise en charge.

Les professionnels des établissements psychiatriques et des urgences médico-judiciaires sont informés de la conduite à tenir en cas d'AES par le responsable administratif de la structure.

Les COREVIH qui assurent, en lien avec l'ARS, la coordination des actions menées par les différents acteurs afin d'assurer la diffusion des bonnes pratiques. Ils ont un rôle à jouer dans l'évalua-

tion locale du dispositif, notamment pour mettre en place un recueil des recours pour AES, évaluer la discordance des pratiques selon les centres et l'application des recommandations, et ainsi déterminer les cibles d'actions prioritaires à mener pour améliorer les pratiques.

Le médecin traitant et/ou le médecin du travail peut être amené à assurer le suivi médical et biologique.

Le pharmacien hospitalier ou, le cas échéant, le médecin nommément désigné au sein du CeGIDD, est en charge de la préparation des kits de TPE (composition, suivi des péremptions) et la dispensation des traitements.

Le biologiste médical dans le suivi des traitements, notamment sérologies et marqueurs de bonne tolérance du traitement.

III.3. **Management de la qualité de la prise en charge**

Les référents AES (médecin ou pharmacien) dans les établissements de santé ou les coordonnateurs dans les CeGIDD, s'assurent qu'un système d'assurance qualité est mis en place et que les moyens organisationnels, les ressources engagées et les responsabilités soient clairement définis dans les structures dans lesquelles la prise en charge est réalisée. Ces préconisations passent, notamment, par le biais de protocoles de prise en charge formalisés, actualisés selon les dernières recommandations d'experts et partagés au sein des structures.

La documentation à destination des professionnels de santé qui participent à la prise en charge comprend notamment les documents internes tels que les procédures générales, les modes opératoires, les textes réglementaires ainsi que les dernières recommandations thérapeutiques nationales de prise en charge des AES. L'ensemble des étapes nécessaires à une prise en charge globale de la personne, intégrant notamment les risques liés aux hépatites, au VIH et aux autres IST, la possibilité d'une grossesse non désirée ainsi que les conduites à tenir en cas d'accident d'exposition professionnelle sont définies dans des procédures validées et périodiquement actualisées selon les recommandations. La procédure de gestion des AES est affichée dans les locaux où un risque existe. Selon la taille et le statut des établissements et sous la responsabilité du référent désigné, l'ensemble des acteurs locaux peuvent être associés à leur rédaction, notamment les COREVIH, les CPias, voire les autres vigilances dans le cadre du réseau régional des structures de vigilance et d'appui (RREVA).

Concernant la formation des équipes soignantes impliquées dans la prise en charge des AES, le directeur de l'établissement et le coordonnateur du CeGIDD s'assurent de la qualification requise des professionnels de santé. Une formation continue est assurée notamment auprès des SU et des CeGIDD, pour mettre à jour les connaissances sur la prise en charge des AES et insister sur la qualité de l'accueil et des publics les plus exposés sur la base des dernières recommandations.

IV. – LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EXPOSÉES À UN AES

IV.1. **L'accueil dans la structure de prise en charge**

Tous les efforts doivent être consentis pour réduire les délais entre l'accident d'exposition, l'évaluation du risque et la délivrance du TPE le cas échéant.

Des informations précises et compréhensibles sur le dispositif et son déroulement sont données par le médecin intervenant auprès de la personne exposée à un AES, dans un espace d'accueil confidentiel et de manière non stigmatisante.

Tous les personnels assurant l'accueil sont tenus de faire preuve d'une écoute neutre et bienveillante. Si besoin, une formation adaptée peut être proposée.

IV.2. **Stratégies thérapeutiques**

La porte d'entrée dans le parcours est variable selon les situations et les lieux (*cf.* III.1). Dès l'accueil, une évaluation du risque est réalisée en fonction du contexte de survenue, elle permet une orientation vers une prise en charge médicale tenant compte des indications de mise sous TPE qui sont décrites dans les dernières recommandations nationales établies par le groupe d'experts[5]. Selon les recommandations de ce rapport d'experts la stratégie diffère selon la nature de l'AES.

Lorsque la personne exposée est vue d'emblée par un médecin spécialisé dans la prise en charge du VIH et que l'indication est clairement établie, le TPE est prescrit pour une durée de

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

28 jours. Dans certains cas, une consultation dans les jours suivants peut être nécessaire pour rassembler les arguments permettant de valider la poursuite du traitement engagé (confirmation du statut sérologique ou de la charge virale, nature et efficacité des traitements de la personne source…), ou la possibilité d'arrêt du traitement par exemple en fonction du statut sérologique ou de la charge virale du patient source.

Lorsque la personne exposée est d'abord vue dans une SU sans recours à un médecin spécialisé pour le VIH, le TPE peut être prescrit par un médecin pour une durée initiale de quelques jours. Ces services disposent à cet effet d'une dotation définie de kits thérapeutiques de démarrage (kits de 48 h à 96 h d'antirétroviraux afin de pouvoir débuter un TPE sans délai). La personne exposée est alors orientée vers un médecin spécialisé pour réévaluation de l'indication du TPE en fonction des nouveaux éléments disponibles.

Pour la personne exposée prise en charge dans un CeGIDD, le TPE est prescrit, selon les indications pour une durée de 28 jours. Dans certains cas, une consultation dans les jours suivants peut être nécessaire pour rassembler les arguments permettant de valider la poursuite du traitement engagé (confirmation du statut sérologique ou de la charge virale, nature et efficacité des traitements de la personne source…), ou la possibilité d'arrêt du traitement par exemple en fonction du statut sérologique ou de la charge virale du patient source. En tant que de besoin, un lien sera formalisé avec un service hospitalier de proximité spécialisé dans la prise en charge du VIH et des hépatites, pour orienter l'usager, lors de situations particulières (femmes enceintes, personne polymédicamentée, traitement d'éventuelles IST nécessitant une prise en charge spécialisée...).

Les modalités de prescription du TPE et le choix des médicaments antirétroviraux (ARV), l'administration d'immunoglobuline humaine de l'hépatite B, les indications de la sérovaccination VHB, reposent sur les dernières recommandations nationales du groupe d'expert disponibles « Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant » périodiquement actualisées (voir *supra*).

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.

En cas de traitement, le suivi médical comporte des examens biologiques destinés à évaluer la tolérance du traitement. Les effets indésirables graves des traitements antirétroviraux sont déclarés aux centres régionaux de pharmacovigilance selon les procédures habituelles : le patient ou son représentant mandaté peut déclarer les effets indésirables qu'il, ou son entourage, suspecte d'être liés à l'utilisation d'un ou plusieurs médicaments, en utilisant le formulaire de déclaration disponible sur le site de l'ANSM ou en télédéclarant sur le portail le portail de signalement des événements sanitaires indésirables : www.signalement-sante.gouv.fr.

IV.4. **La déclaration des AES d'origine professionnelle**

La déclaration des AES d'origine professionnelle doit être faite par l'employeur selon les modalités de déclaration d'accident de travail en vigueur dans l'établissement (public ou privé) et notifiée au service de santé au travail.

Tout médecin constatant une contamination professionnelle VIH, VHC ou VHB après un AES peut la déclarer en utilisant un formulaire disponible sur le site du GERES (http://www.geres.org/aes-et-risques/epidemiologie-du-risque-infectieux). Cette déclaration permet de réaliser, en collaboration avec Santé publique France, la mise à jour du bilan sur le nombre total de cas survenus en France, et d'aider à la prévention et à la prise en charge des expositions accidentelles.

Il est rappelé au travailleur les précautions standard à appliquer dès lors qu'il existe un risque d'AES. La déclaration de l'accident de travail doit être effectuée dans les 48 heures car elle est indispensable à la préservation des droits de la victime. L'analyse des circonstances de l'AES doit être systématiquement réalisée afin d'éviter qu'il ne se reproduise.

IV.5. **Mesures préventives de l'exposition au risque**

Un accident survient parce qu'il existe au moins une activité présentant un danger, pour laquelle les scénarios d'action présentent un risque insuffisamment maîtrisé. La prévention vise à diminuer l'exposition au risque d'accident. Les AES peuvent être évitables en respectant un certain nombre de précautions détaillées en annexe 1.

V. – L'INFORMATION SUR LES AES ET LE TRAITEMENT POST-EXPOSITION (TPE)

Le grand public

L'information généraliste sur la prise en charge des AES est diffusée notamment par les relais institutionnels et professionnels, COREVIH et associatifs, notamment les plateformes téléphoniques et *via* les sites web d'information de Santé publique France.

Les professionnels

Les professionnels de santé susceptibles d'être victimes d'un AES, les salariés (personnels de la filière des déchets, thanatopracteurs, techniciens de laboratoire de biologie médicale, infirmières…) peuvent faire appel à VIH info soignants (0810 630 515 service anonyme), ainsi qu'aux relais institutionnels mentionnés ci-dessus.

Les personnes consultant pour un AES

L'information doit porter notamment, sur la possibilité d'un traitement préventif post exposition, sur les modalités de prise en charge initiale du TPE, son délai de mise en œuvre et l'intérêt de connaître le statut sérologique de la personne source. Pour les AES d'origine sexuelle, en fonction des situations rencontrées, l'information portera également sur les outils de la prévention diversifiée (annexe).

VI. – ÉVALUATION DU DISPOSITIF

Dans les CeGIDD, des données médico-épidémiologiques sont recueillies conformément aux dispositions réglementaires[6], elles permettent d'assurer la surveillance du dispositif.

Par ailleurs, dans le cadre de leur programme de travail et des priorités régionales, les COREVIH peuvent être amenés à recueillir des données médico-épidémiologiques de prise en charge des AES dans les établissements de santé afin d'évaluer leur prise en charge et de proposer aux différents acteurs les évolutions nécessaires.

VII. – PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DU TPE ET MODALITÉS DE DÉLIVRANCE

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

[6] Arrêté du 23 novembre 2016 fixant le modèle de rapport d'activité et de performance devant être fourni au directeur général de l'agence régionale de santé et à l'Agence nationale de santé publique par les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD).

dans les libellés des AMM européennes des antirétroviraux, a conduit l'ANSM à considérer, comme indiqué sur son site[7], 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 Fonds 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.

Pour les ministres et par délégation :

La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales,
Sabine Fourcade

Le directeur général de la santé,
Pr Jérôme Salomon

La directrice générale de l'offre de soins,
Cécile Courrèges

La directrice de la sécurité sociale,
Mathilde Lignot-Leloup

Le directeur général du travail,
Yves Struillou

[7] https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Antirétroviraux - VIH /Prophylaxie post-exposition/

ANNEXE

STRATÉGIE DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG OU TOUT PRODUIT BIOLOGIQUE D'ORIGINE HUMAINE À RISQUE

1. **AES d'origine professionnelle**

Depuis 2013, un nouveau cadre juridique s'applique pour la prévention des AES d'origine professionnelle et rend obligatoire l'instauration d'une véritable stratégie de prévention des AES. Ce corpus juridique[1] réaffirme l'importance de l'application des précautions standard[2] dont, entre autres, l'interdiction de recapuchonner les aiguilles lors des prélèvements sanguins et la mise à disposition de matériel de sécurité, de conduire une évaluation des risques en se basant notamment sur l'analyse des circonstances des AES en liaison avec le médecin du travail et de mettre en place les mesures de prévention adaptées, d'organiser un recueil d'information sur les AES et de former les personnels sur les risques d'AES et les mesures de prévention à mettre en œuvre.

Cette stratégie intégrée dans une démarche d'amélioration des conditions de travail repose notamment sur la vaccination du personnel soignant contre l'hépatite B, la formation, le respect des précautions standard, l'utilisation rationnelle d'un matériel de sécurité adapté[3], la prévention de l'exposition dans les blocs opératoires et dans les autres services, la prise en charge médicale idéalement dans les 4 heures des AES conformément aux dernières recommandations du groupe d'experts.

Précautions standard

Les précautions standard sont décrites dans l'annexe 1 de l'arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants.

Évaluation des retours d'expérience (Retex) pour repérer les risques

Il est rapellé le rôle de l'employeur[4] dans l'évaluation du risque et l'importance de l'évaluation des mesures prises grâce à la surveillance des AES permettant ainsi de cibler les priorité d'actions.

Chaque établissement de santé peut effectuer une surveillance des AES de manière autonome en utilisant par exemple l'outil WebAES#2 (https://aes.chu-besancon.fr). Cet outil est disponible depuis le 1er janvier 2018 et mis à disposition des établissements de santé à titre gracieux en s'inscrivant *via* l'annuaire national des CPias.

Prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants

L'organisation de la prise en charge après accident exposant au sang (AES) et information sur la conduite à tenir figure dans l'annexe 2 de l'arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants.

2. **AES d'origine sexuelle**

Il est rappelé les messages autour des outils de la prévention diversifiée, sur la base des avancées scientifiques : le renforcement du dépistage, le préservatif comme outil de base, le traitement comme prévention (charge virale indétectable = pas de transmission du VIH), l'amélioration de l'appropriation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), le traitement post-exposition (TPE).

---

[1] Directive européenne 2010/32/UE du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par l'association européenne des employeurs hospitaliers (HOSPEEM European Hospital & Healthcare Employers' Association) et la fédération syndicale européenne des services publics (FSESP).

[2] Décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants.
Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants.

[3] Guide des matériels de sécurité et des dispositifs barrières Geres 2010 (http://www.geres.org/materiels/).

[4] Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants.

Les campagnes de prévention développées par les acteurs institutionnels, associatifs font le relais de ces messages.

Que ce soit auprès d'une association ou d'un professionnel de santé, la consultation à titre informatif pour lever un doute ou après une prise de risque au décours d'une exposition d'origine sexuelle est l'occasion d'informer utilement la personne en demande. Cet espace de confiance permet d'orienter, une fois la séronégativité pour le VIH confirmée, vers une consultation PrEP les personnes exposées et à risque de réexposition. Il convient, lors de ces consultations aussi de faciliter l'usage et de recommander l'utilisation de préservatifs. De même, il est réalisé un bilan sur la vaccination contre l'hépatite B qui est recommandée chez les personnes non immunisées ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples ayant des antécédents d'IST, ou ayant un partenaire infecté par le virus de l'hépatite B. L'indication de la vaccination contre l'hépatite A et contre l'HPV peut également être discutée.

3. **Les usagers de drogues**

Les politiques de réduction des risques facilitant l'accès aux seringues, la mise en place des salles de consommation à moindre risque et les traitements substitutifs aux opiacés combinés à des mesures permettant l'accès aux soins et au sevrage sont essentiels et ont eu un impact positif en France sur la réduction de la transmission du VIH parmi les usagers de drogues injectables (UDI).

Exemples de sites ou de supports disponibles :

Prévention des accidents avec exposition au sang ou tout produit biologique d'origine humaine

Recommandations SF2H/précautions standard - Établissements de santé - Établissements médico-sociaux - Soins de ville - Juin 2017 :

https://sf2h.net/wp-content/uploads/2017/06/HY_XXV_PS_versionSF2H.pdf

Conduite à tenir en cas d'accident exposant au sang chez les professionnels de santé

http://www.geres.org/que-faire-en-cas-daes