

	PROCEDURE	Codification : SUP-HYG-SOINS-SPE-003-1 Version : 4 Pagination : 1/12 Validité : 30.08.2027
	PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL CHEZ L'ADULTE AUX URGENCES ET EN POST URGENCES	

OBJET

Cette procédure propose de définir la conduite à tenir concernant la prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques.

DOMAINE D'APPLICATION – PERSONNES CONCERNEES

Cette procédure s'applique à tout personnel du CHED victime d'un AES, qu'il soit soignant ou non. Elle s'applique également à toute victime d'un AES se présentant aux Urgences.

- Personnel soignant et médecins thésés du service des Urgences
- Personnel soignant et médical du CHED
- Médecin du Travail
- Médecin Référent AES
- Laboratoire

DOCUMENTS DE REFERENCE

- Circulaire n°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/R12/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).
- 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 interministérielle n° DGS/R12/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)
- 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 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 ;
- 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) ;

	PROCEDURE	Codification : SUP-HYG-SOINS-SPE-003-1 Version : 4 Pagination : 2/12 Validité : 30.08.2027
	PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL CHEZ L'ADULTE AUX URGENCES ET EN POST URGENCES	

- 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).
- 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
- Rapport d'expert « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH – Professeur YENI » de 2006 réactualisé en 2009.
- « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - Recommandations du groupe d'experts – Professeur MORLAT » de 2013. Actualisation sur la « Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant » (septembre 2017).

DEFINITIONS - ABREVIATIONS

- AES = Accident d'Exposition au Sang ou sécrétion biologique
- CHED = Centre Hospitalier Emile Durkheim
- CV = Charge virale
- CHS = Centre Hospitalier Spécialisé
- InVS = Institut National de Veille Sanitaire
- TPE = Traitement post-exposition
- VHB = Virus de l'Hépatite B
- VHC= Virus de l'Hépatite C
- VIH = Virus d'Immunodéficience Humaine
- UDIV = Usage de drogue par voie intraveineuse

DEFINITION - CONTEXTE

Un accident d'exposition au sang (AES) est défini comme 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 à risque de transmission d'agents infectieux (VIH, VHB, VHC, ...). Les AES concernent également les accidents d'exposition sexuelle exposant également à un risque de transmission d'agent d'infection sexuellement transmissible (IST) dont le VIH et le VHB. –

La bonne connaissance de cette procédure et des risques de transmission de maladies infectieuses permet après évaluation d'un rapport bénéfice risque l'administration de traitement post-exposition antirétroviral (TPE).

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EXPOSÉES A UN AES

1^{ère} étape : Mesures immédiates

Tout patient victime d'un AES qu'il soit professionnel de santé ou non doit réaliser des mesures immédiates afin de diminuer le risque de transmission d'agent infectieux. Dans le cadre d'une prise en charge d'un patient non professionnel de santé se rendant au SAU, il faudra effectuer les mesures immédiates dès l'accueil du patient à sa prise en charge à l'infirmière d'accueil.

⇒ Cas n° 1 : En cas de piquûre ou coupure :

- **Ne pas faire saigner**
- Laver à l'eau courante et au savon puis rincer

	PROCEDURE	Codification : SUP-HYG-SOINS-SPE-003-1 Version : 4 Pagination : 3/12 Validité : 30.08.2027
	PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL CHEZ L'ADULTE AUX URGENCES ET EN POST URGENCES	

- Trempage au moins 5 minutes dans un soluté antiseptique (vérifier la date de péremption) :
 - Dakin
 - Polyvidone iodée, solution dermique

⇒ Cas n° 2 : En cas de projection oculaire, sur peau lésée ou sur muqueuse :

- Rincer doucement au sérum physiologique ou à l'eau courante 5 minutes
- +/- Désinfecter :
 - Muqueuse : désinfectant adapté
 - Peau lésée : cf piqûre/coupure

⇒ Cas n° 3 : En cas d'agression sexuelle, il existe une procédure en lien avec la consultation médico judiciaire permettant de définir le cadre de prise en charge dans ce cas de figure précisément.

2ème étape : accueil du patient victime

Tout patient victime d'un AES doit impérativement se rendre sans délai dans un service d'accueil des urgences afin de procéder à une prise en charge et une évaluation du bénéfice risque d'un TPE.

Une procédure interne au service des urgences présente en annexe permettra à l'IAO d'évaluer et d'installer sans délai le patient victime d'un AES en fonction du risque identifié. (cf annexe 6)

3ème étape : Stratégie de prise en charge d'un patient victime

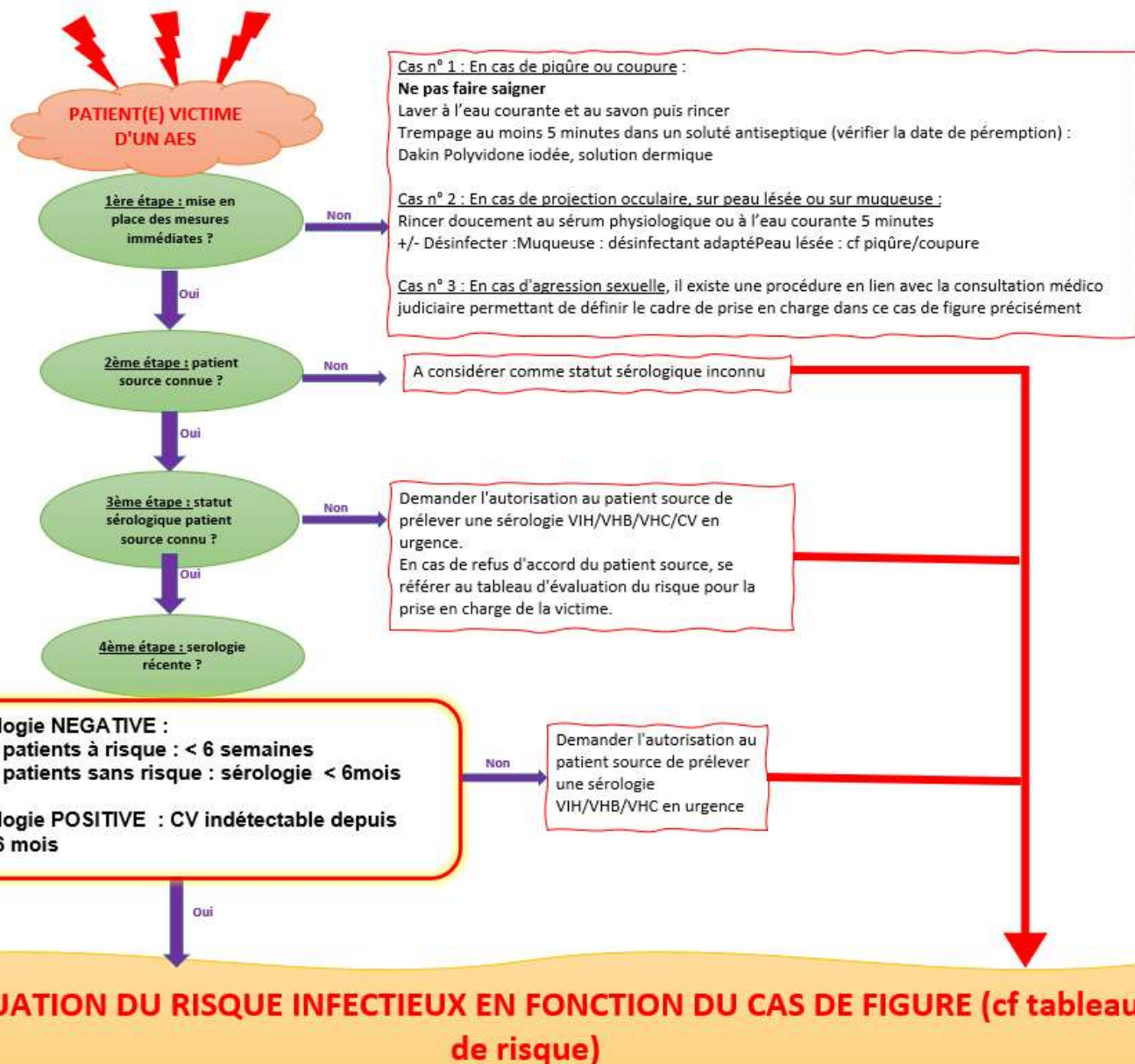
Tout patient victime d'un AES doit impérativement bénéficier d'une évaluation du risque de transmission d'agent infectieux, afin de déterminer la nécessité de la mise en route d'un traitement par TPE.

Au vu du rapport bénéfice risque il est important de connaître la toxicité du TPE et d'indiquer le TPE dans des indications très précises. Le cheminement pour aboutir à une conclusion d'indiquer ou non un TPE passe par des questions essentielles à l'évaluation du risque.

Ces questions sont les suivantes (cf logigramme ci-dessous):

- **A propos du patient source :**
 - Est-ce que le patient source est connu ?
 - Si patient source connu, Est-ce que le patient est à risque (POM, ...) ?
 - Si patient source connu et en fonction du risque du patient, est ce que le statut sérologique est récent ?
 - Moins de 6 semaines pour les patients à risque
 - Pour les patients non à risque (personne âgée), une sérologie de moins de 6 mois suffit.
 - Pour les patients sources sero positif : Charge virale détectable ? ou pas détectable depuis plus de 6 mois ?
 - NB : Si un statut sérologique est nécessaire pour le patient source 1 accord du patient sera systématiquement demandé et sera obligatoire.
- **A propos du patient victime :**
 - S'agit-il d'un professionnel de santé ?
 - Est-ce que le patient a été vacciné contre l'hépatite B ?
 - Est-ce que le patient a déjà bénéficié d'un dépistage VIH ? Si oui de quand date-t-il ?

	PROCEDURE	Codification : SUP-HYG-SOINS-SPE-003-1 Version : 4 Pagination : 4/12 Validité : 30.08.2027
	PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL CHEZ L'ADULTE AUX URGENCES ET EN POST URGENCES	



	PROCEDURE	Codification : SUP-HYG-SOINS-SPE-003-1 Version : 4 Pagination : 5/12 Validité : 30.08.2027
	PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL CHEZ L'ADULTE AUX URGENCES ET EN POST URGENCES	

4ème étape : Evaluation du risque et attitude thérapeutique

Afin d'évaluer au mieux le risque de transmission d'agent infectieux (VIH, VHB, VHC, autres) et d'indiquer un traitement par TPE le plus adapté possible, il paraît nécessaire d'avoir une stratégie adaptée et spécifique en fonction de trois cas de figure identifiés :

- Cas du patient victime d'un AES par exposition au sang
 - Cas du patient victime d'un AES par exposition sexuelle
 - Cas du patient victime d'un AES par partage de matériel
- ⇒ **A propos de la trithérapie anti rétrovirale (VIH) :** Il faut bien comprendre dans un 1er temps que la prophylaxie antirétrovirale doit être initiée au mieux dans les 4 heures suivant l'exposition et n'a plus d'indication si le délai est supérieur 48 heures (même en cas d'agression sexuelle).
- ⇒ **A propos du traitement préventif (VHB) :** le statut vaccinal ou non de la victime est 1 élément essentiel à la prise en charge.

	PROCEDURE	Codification : SUP-HYG-SOINS-SPE-003-1 Version : 4 Pagination : 6/12 Validité : 30.08.2027
	PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL CHEZ L'ADULTE AUX URGENCES ET EN POST URGENCES	

Cas n° 1 : Evaluation du risque d'un patient victime d'un AES par exposition au sang

⇒ A Propos du risque de transmission du VIH :

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV < 50 copies/ml	
Important : - Piqure profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE recommandé
Intermédiaire : - Coupure avec bistouri - Piqure avec aiguille IM ou SC - Piqure avec aiguille pleine - Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 mn	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE non recommandé
Faible : - Piqure 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).

⇒ A Propos du risque de transmission du VHB :

- Si patient « victime » vacciné avec au moins un dosage d'anticorps anti-HBs > 10 mU/ml ou patient guéri d'une hépatite B : pas de risque infectieux, pas de prise en charge particulière.
- Si patient « victime » non vacciné Et patient source POSITIF ou statut inconnu mais à risque (zone d'endémie : Afrique, Asie, Europe de l'est, HSH, UDIV, POM) :
 - Initiation dans les 72h, maximum 7 jours d'un schéma vaccinal anti-VHB classique.
 - Première dose de vaccin à 20 µg.
 - Deuxième dose à M1
 - Troisième dose à M6.
 - Prévoir contrôle de la sérologie VHB un mois après la fin du schéma vaccinal.
 - Sérothérapie par immunoglobulines spécifiques dans les 72h, maximum 7 jours. 500 U en IM.
- Si Patient « victime » non répondeur (Ac anti-Hbs <10 mU/ml) Et patient source POSITIF ou statut inconnu mais à risque (zone d'endémie : Afrique, Asie, Europe de l'est, HSH, UDIV, POM) :
 - Sérothérapie seule par immunoglobulines spécifiques dans les 72h, maximum 7 jours.

⇒ A Propos du risque de transmission du VHC :

Surveillance et traitement d'une primo-infection éventuelle selon les recommandations de prise en charge du VHC en vigueur.

	PROCEDURE	Codification : SUP-HYG-SOINS-SPE-003-1 Version : 4 Pagination : 7/12 Validité : 30.08.2027
	PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL CHEZ L'ADULTE AUX URGENCES ET EN POST URGENCES	

Cas n° 2 : Evaluation du risque d'un patient victime d'un AES par exposition sexuelle

⇒ A Propos du risque de transmission du VIH :

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source			
	Positif		Inconnu	
	CV détectable	CV < 50 copies/ml *	Groupe à prévalence élevée **	Groupe à prévalence faible ou inconnue
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* Si le patient source est traité et indétectable régulièrement, il n'est pas licite de débiter un TPE. La CV de la source ne doit être recontrôlée que si la dernière CV indétectable remonte à plus de six mois. Si un TPE est instauré et que la CV de contrôle revient négative, le TPE pourra être stoppé.

** Groupe à prévalence élevée : HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, personnes originaires d'une zone endémique, UDIV.

⇒ A Propos du risque de transmission du VHB :

- Si patient « victime » vacciné avec au moins un dosage d'anticorps anti-HBs > 10 mU/ml ou patient guéri d'une hépatite B : pas de risque infectieux, pas de prise en charge particulière.
- Si patient « victime » non vacciné Et patient source POSITIF ou statut inconnu mais à risque (zone d'endémie : Afrique, Asie, Europe de l'est, HSH, UDIV, POM) :
 - Initiation dans les 72h, maximum 7 jours d'un schéma vaccinal anti-VHB classique.
 - Première dose de vaccin à 20 µg.
 - Deuxième dose à M1
 - Troisième dose à M6.
 - Prévoir contrôle de la sérologie VHB un mois après la fin du schéma vaccinal.
 - Sérothérapie par immunoglobulines spécifiques dans les 72h, maximum 7 jours. 500 U en IM.
- Si Patient « victime » non répondeur (Ac anti-Hbs <10 mU/ml) Et patient source POSITIF OU statut inconnu mais à risque (zone d'endémie : Afrique, asie, europe de l'est, HSH, UDIV, POM) :
 - Sérothérapie seule par immunoglobulines spécifiques dans les 72h, maximum 7 jours.

	PROCEDURE	Codification : SUP-HYG-SOINS-SPE-003-1 Version : 4 Pagination : 8/12 Validité : 30.08.2027
	PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL CHEZ L'ADULTE AUX URGENCES ET EN POST URGENCES	

⇒ A Propos du risque de transmission du VHC :

Pas de TPE recommandé. Surveillance et traitement d'une primo-infection éventuelle selon les recommandations de prise en charge du VHC en vigueur.

⇒ A Propos du risque de transmission d'IST :

Dépistage à proposer au cours du suivi pour :

- Gonococcie par PCR sur premier jet d'urine chez l'homme / auto prélèvement vaginal chez la femme
- Chlamydie par PCR sur premier jet d'urine chez l'homme / auto prélèvement vaginal chez la femme
- Pensez également aux autres gîtes (ORL et anal)
- Syphilis par sérologie dédiée

Traitement adapté

- Gonocoque :
- Chlamydia :
- Syphilis :

⇒ A Propos de la contraception :

Chez la femme, prévoir systématiquement une contraception efficace durant tout le suivi. Limite les risques pour la grossesse liés à d'éventuelles infections et / ou aux TPE.

	PROCEDURE	Codification : SUP-HYG-SOINS-SPE-003-1 Version : 4 Pagination : 9/12 Validité : 30.08.2027
	PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL CHEZ L'ADULTE AUX URGENCES ET EN POST URGENCES	

Cas n° 3 : Evaluation du risque d'un patient victime d'un AES par partage de matériel

⇒ A Propos du risque de transmission du VIH :

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV < 50 copies/ml	
Important : partage de l'aiguille, de la seringue, de la préparation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé
Faible : partage du récipient, de la cuillère, du filtre, de l'eau de rinçage	TPE non recommandé		TPE non recommandé

⇒ A Propos du risque de transmission du VHB/VHC :

Idem accident exposition au sang

5ème étape : Formalité administrative

Nous retenons ici deux cas de figure :

⇒ 1^{er} cas de figure : le patient nécessite un traitement par TPE

- **Information claire et appropriée** : rapports sexuels protégés, exclusion du don du sang pendant 4 mois (annexe 1a, b, ou c en fonction du cas)
- Le **consentement du patient** d'administration de TPE doit être obtenu et surtout signé (annexe 2a)
- **Impression automatique** de l'annexe 6 depuis résurgences à destination du secrétariat de Maladies infectieuses
- Transmettre les **ordonnances de sorties** pour le suivi biologique au patient (annexe 5c, 5d et 5e)
- Si AES survenu au travail : penser à l'**accident de travail** avec la mention suivante « risque de séroconversion virale retardée pour le VIH, VHB et/ou le VHC » et mettre une durée des soins d'une durée de 3 mois.
- **Orienter** le patient vers le service de maladies infectieuses et tropicales pour la première prise de contact avec un infectiologue (annexe 3a ou 3b) appel au secrétariat de MIMIT au 03 29 68 73 02 pour prise de RDV.
- Si **professionnel de santé** : rédiger une FSEI

⇒ 2^{ème} cas de figure : le patient ne nécessite pas de traitement par TPE

- **Information claire et appropriée** : rapports sexuels protégés, exclusion du don du sang pendant 4 mois (annexe 1a, b, ou c en fonction du cas)
- L'**information du patient** de la non-administration de TPE doit être signé (annexe 2b ou c)

	PROCEDURE	Codification : SUP-HYG-SOINS-SPE-003-1 Version : 4 Pagination : 10/12 Validité : 30.08.2027
	PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL CHEZ L'ADULTE AUX URGENCES ET EN POST URGENCES	

- Si AES survenu au travail : penser à l'**accident de travail** avec la mention suivante « risque de séroconversion virale retardée pour le VIH, VHB et/ou le VHC » et mettre une durée des soins d'une durée de 3 mois.
- **Orienter** le patient vers :
 - o Les personnels du CHED, du CHS Ravenel, de Châtel, de Bruyères, de Rambervillers vers la médecine du travail
 - o Les personnels de la Ligne Bleue vers la médecine du travail de La Ligne Bleue
 - o Les autres personnes, vers leurs médecins traitants
- Transmettre les **ordonnances de sorties** pour le suivi biologique au patient (annexe 5d et 5e)
- Si **professionnel de santé** : rédiger une FSEI

6ème étape : Suivi patient victime d'un AES

Un patient victime d'un AES doit être suivi régulièrement de manière biologique afin de s'assurer de l'absence de séroconversion. Le tableau ci-dessous résume la prise en charge des patients victimes d'AES pendant 12 semaines

	Accident professionnel	Exposition sexuelle
J0	Sérologies VIH / VHB / VHC NFS / Plaquettes ALAT / ASAT Si TPE indiqué : Créatinine / DFG BHCG chez la femme	Sérologies VIH / VHB / VHC / Syphilis NFS / Plaquettes ALAT / ASAT Si TPE indiqué : Créatinine / DFG PCR gonocoque et chlamydia sur premier jet d'urine chez l'homme / auto-prélèvement vaginal chez la femme BHCG chez la femme systématiquement
S2	Si TPE : ALAT / ASAT Créatinine NFS	Si TPE : ALAT / ASAT Créatinine NFS
S6	Pour le VIH : Sérologie VIH Pour le VHB : Si victime vaccinée : aucun contrôle Si victime non vaccinée / non répondeur : sérologie VHB à S12 Pour le VHC : Si source connue avec CV VHC + : ALAT / ASAT + CV VHC Si source inconnue : sérologie VHC à S12 uniquement	Pour le VIH : Sérologie VIH Pour le VHB : Si victime vaccinée : aucun contrôle Si victime non vaccinée / non répondeur : sérologie VHB à S12 Pour le VHC : ALAT / ASAT + CV VHC si victime HSH ou si source avec CV VHC + Pour les autres IST : Sérologie Syphilis PCR gonocoque et chlamydia sur premier jet d'urine

	PROCEDURE	Codification : SUP-HYG-SOINS-SPE-003-1 Version : 4 Pagination : 11/12 Validité : 30.08.2027
	PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL CHEZ L'ADULTE AUX URGENCES ET EN POST URGENCES	

S12	Pour le VIH : Sérologie VIH (Médico-légal) Pour le VHB : Si victime vaccinée : aucun contrôle Si victime non vaccinée / non répondeur : sérologie VHB + Contrôle sérologie un mois après la fin du schéma vaccinal Pour le VHC : Si source connue avec CV VHC + : bilan à S6 uniquement. Si source inconnue : sérologie VHC	Pour le VIH : Sérologie VIH si TPE uniquement Pour le VHB : Si victime vaccinée : aucun contrôle Si victime non vaccinée / non répondeur : sérologie VHB + Contrôle sérologie un mois après la fin du schéma vaccinal Pour le VHC : Sérologie VHC si victime HSH ou si source avec CV VHC+
------------	--	--

Cas d'un AES survenant en dehors du CHED

- Mettre les mesures immédiates en place
- Déterminer le statut sérologique du patient source et victime (si possible)
- Téléphoner au service des urgences du CHED pour une prise en charge prioritaire et détermination de l'horaire Tel : n° 03 29 68 70 15
- Départ de la victime vers le CHED par ses propres moyens (dans les 4 heures suivant l'AES) avec :
 - ± Tubes de prélèvement patient source dans la glacière + ordonnance pour le patient source (annexe 2)
 - ± Certificat de vaccination de la victime (si en sa possession)
- Passage facilité aux urgences (Annexe 7)
- Détermination du risque de transmission donc de l'intérêt ou non d'une prophylaxie antirétrovirale
- Mesures « adjuvantes » notamment en cas d'exposition sexuelle.
- Préparation de suivi biologique par le médecin urgentiste, pour le médecin référent
- Formalités administratives (cf ci-dessus)
- Rapporter les documents transmis et envoyer une copie au bureau des Ressources Humaines. Le service RH procédera à la déclaration d'accident de travail.

	NOM(S)	FONCTION(S)	DATE	VALIDATION
REDACTION	Théophile GENELOT	Urgentiste, chef de service	07.06.2022	signé
VERIFICATION	Sabine GAMERRE	Praticien hygiéniste	15.07.2022	signé
APPROBATION	Loïc BOUDELLON	Praticien médecine interne	24.06.2022	signé

Historique :

Date	Version	Description	Rédacteur(s)
Mai 2009	1	Création du document	Cellule d'hygiène
Septembre 2016	2	Révision, fusion des prises en charge avec les sites hors plateau de la justice et correction des supports de prescription dans le cadre de la démarche d'accréditation du laboratoire	
Avril 2019	3	Modification du traitement antiviral	I.COLNOT
Juin 2022	4	Refonte de la prise en charge AES, dont actes à réaliser au SAU	T. GENELOT

	PROCEDURE	Codification : SUP-HYG-SOINS-SPE-003-1 Version : 4 Pagination : 12/12 Validité : 30.08.2027
	PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL CHEZ L'ADULTE AUX URGENCES ET EN POST URGENCES	

ANNEXES / DOCUMENTS LIES

Annexe 1a : Information patient (exposition sanguine)
 Annexe 1b : Information patient (exposition sexuelle)
 Annexe 1c : Information patient (partage matériel)
 Annexe 2a : Consentement du patient ayant reçu un TPE ou refusant un TPE
 Annexe 2b : Consentement du patient professionnel de santé (TPE)
 Annexe 2c : Consentement du patient non professionnel de santé (TPE)
 Annexe 3a : Médecins référents et organisation de la prise en charge (professionnels de santé)
 Annexe 3b : Médecins référents et organisation de la prise en charge (non professionnels de santé)
 Annexe 4 : Kit de traitement anti rétro-viral adulte et prescriptions des 72 premières heures
 Annexe 5a : Ordonnances laboratoire patient victime JO
 Annexe 5b : Ordonnances laboratoire patient source JO
 Annexe 5c : Ordonnances laboratoire patient victime S6 (professionnel de santé)
 Annexe 5d : Ordonnances laboratoire patient victime S12 (professionnel de santé)
 Annexe 6 : Procédure d'accueil et de prise en charge des patients victime d'un AES sur RESURGENCES
 Annexe 7 : Kit AES
 Annexe 8 : Médecin référent