

FICHE

Traitement préventif post-exposition au VIH

Validée par le Collège le 25 juillet 2024

L'essentiel

- ➔ Après une exposition sexuelle ou sanguine à risque, un traitement post-exposition (TPE) peut réduire le risque de transmission du VIH.
- ➔ Actuellement, les traitements post exposition peuvent être prescrits en milieu hospitalier, en Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ou en centre de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC). En dehors des heures d'ouvertures des services concernés, les structures d'urgence sont habilitées à prescrire et délivrer le TPE.
- ➔ Le TPE n'est pas indiqué quand le partenaire vivant avec le VIH a un traitement antirétroviral depuis plus de 6 mois et une dernière charge virale indétectable (<50 copies/mL) dans les 6 derniers mois.
- ➔ Il est essentiel de documenter le statut sérologique VIH, VHB, et VHC de la personne source quand cela est possible.
- ➔ En cas de statut inconnu pour le VIH de la personne source, l'indication du TPE dépend de la prévalence de l'infection VIH non diagnostiquée dans la population à laquelle appartient la personne source, ainsi que du niveau de transmission lié au type d'exposition.
- ➔ Le TPE doit être instauré le plus tôt possible, idéalement dans les 4 h. Il n'est efficace que s'il est débuté dans les 48 h suivant l'exposition.
- ➔ Le TPE, quand il est indiqué, associe trois molécules antirétrovirales pendant une durée de 30 jours.
- ➔ Dans l'attente de la validation de l'indication du TPE, un kit d'urgence comportant 3 à 5 jours de traitement doit pouvoir être remis au patient 24 h/24 et 7 j/7 par les structures habilitées à prescrire les antirétroviraux, afin de ne pas retarder la mise sous traitement. Dans les services d'urgences, le démarrage du TPE ne doit pas être conditionné à un entretien médical préalable.
- ➔ La doxycycline en prévention des IST bactériennes n'est pas recommandée après un accident d'exposition sexuelle. Un dépistage des IST sera prescrit lors du bilan de suivi.
- ➔ La surveillance biologique nécessite :
 - un bilan initial comportant des sérologies pour le VIH, le VHB, le VHC et une recherche des IST en cas d'exposition sexuelle, ainsi qu'une évaluation de la fonction rénale en cas de prescription d'un TPE. Le TPE peut être débuté avant la réalisation du bilan initial.
 - et un seul bilan de contrôle ultérieur dont la date dépend du risque (VIH et/ou hépatites).

- ➔ Toute prescription de TPE (hors contexte d'exposition parentérale professionnelle) doit faire discuter un relais ultérieur par une PrEP du VIH, qui pourra idéalement être débutée dès l'issue du TPE.

Indications du TPE après exposition sexuelle

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.	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	Projection cutanée ou muqueuse de sperme ou sécrétions génitales
	Violences sexuelles	

* 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.

¹ Liste des pays classés par prévalence du VIH : https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS?end=2021&most_recent_value_desc=true&start=2021&type=shaded&view=map&year=2021

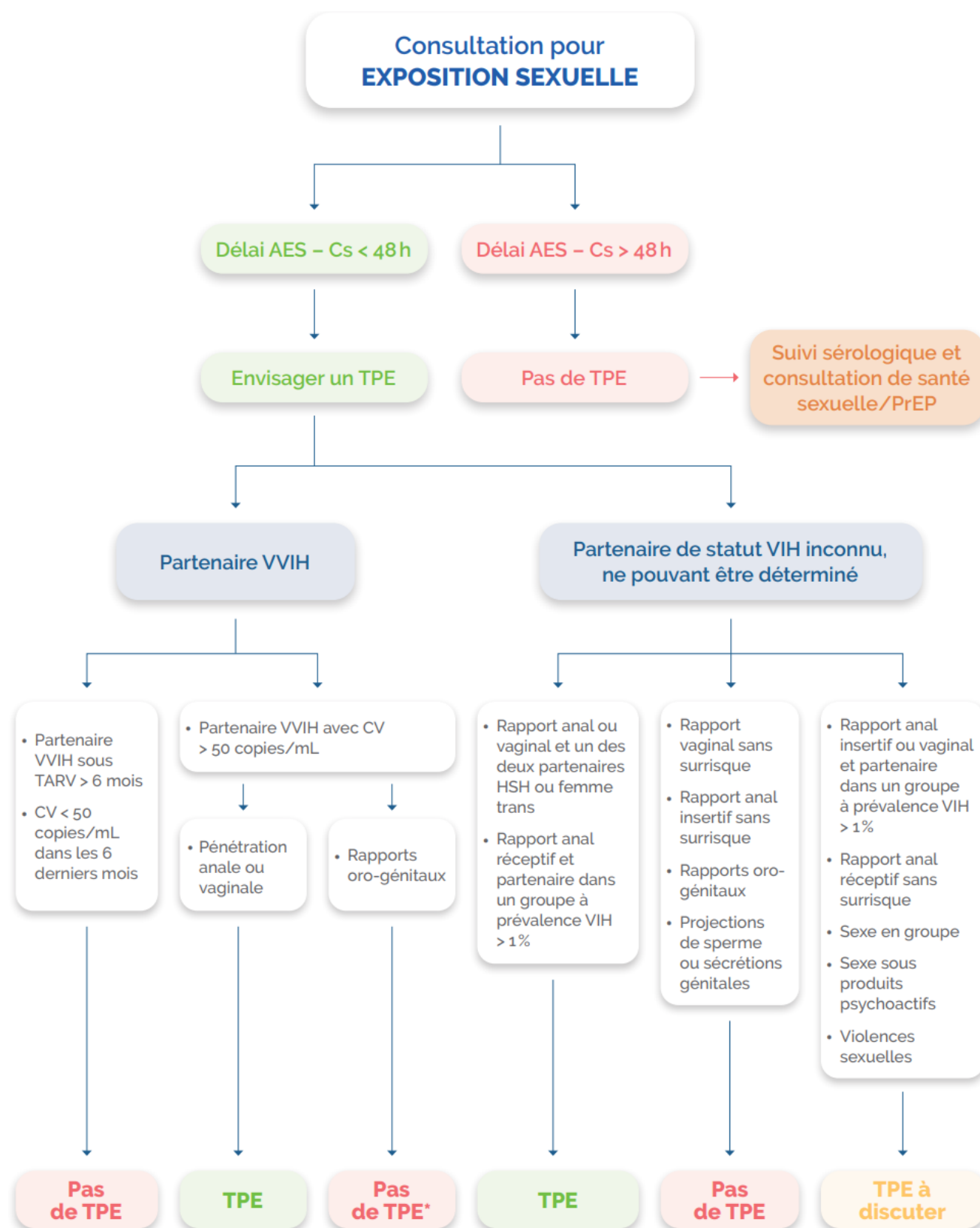
Tableau 2B : Indications au TPE après exposition sexuelle lorsque le statut VIH de la personne source ne peut pas être déterminé (classé par risque d'exposition)

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

* On parle de "surrisque" quand le partenaire appartient à un groupe où la prévalence du VIH² 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.

² Liste des pays classés par prévalence du VIH : https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS?end=2021&most_recent_value_desc=true&start=2021&type=shaded&view=map&year=2021

Figure 1. Algorithme d'indication au TPE après exposition sexuelle



* Sauf fellation réceptive et charge virale documentée > 1000 copies/mL chez le sujet source

Indications du TPE après exposition au sang

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

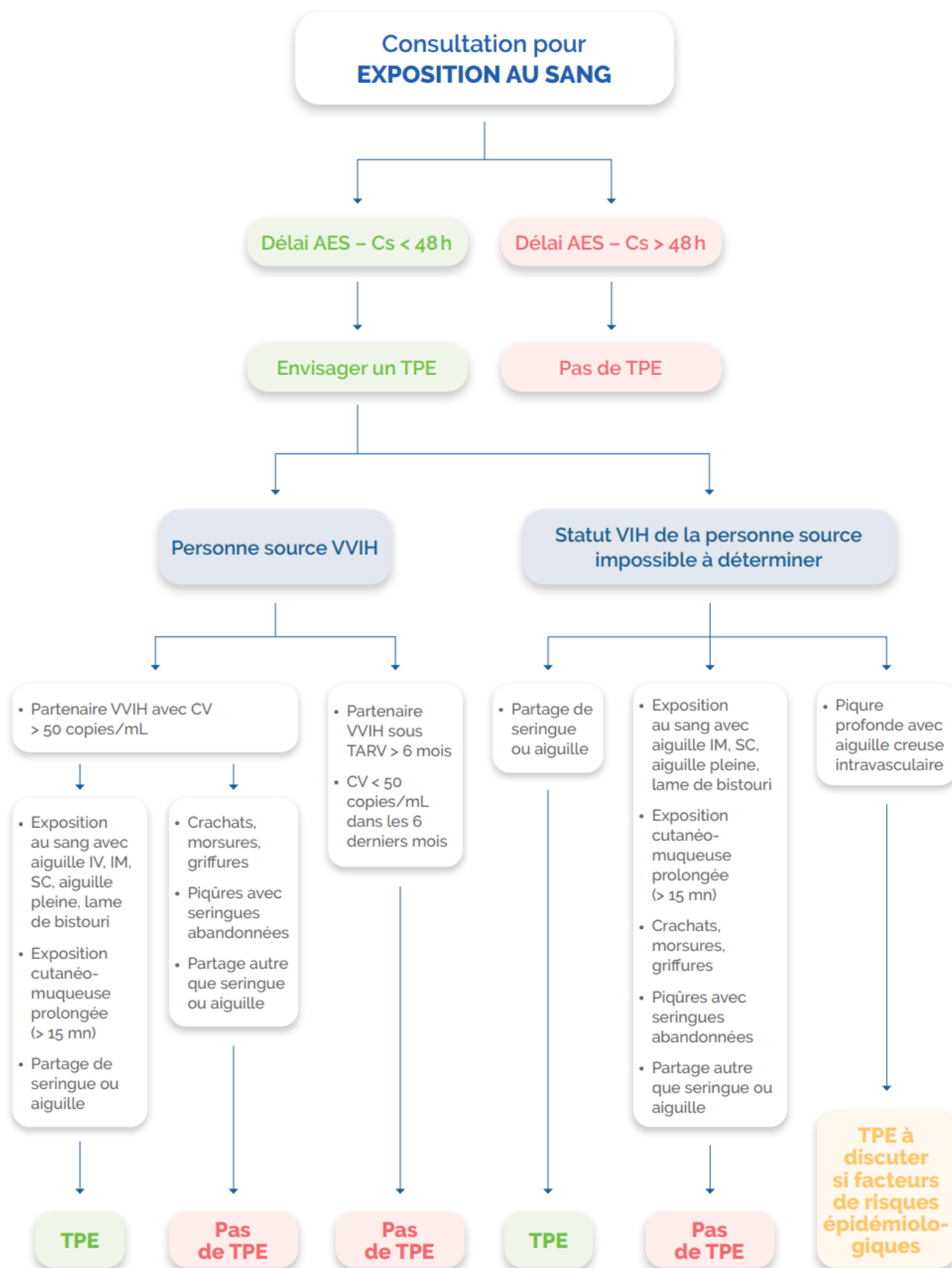
Risque et nature de l'exposition*	Personne source vivant avec le VIH avec CV détectable ≥ 50 copies/mL	Personne source vivant avec le VIH traitée depuis >6 mois avec CV <50 copies/mL	Personne source de statut VIH impossible à déterminer
Piqure profonde avec aiguille creuse intravasculaire	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE à discuter si facteurs de risques épidémiologiques
Coupure avec bistouri, piqure avec aiguille IM ou SC, piqure 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 piqure, lavage à l'eau et au savon puis antiseptie (hypochlorite de sodium ou povidone iodée) ; en cas de projection muqueuse, rinçage au sérum physiologique

Tableau 4 : Indications au TPE après exposition dans le cadre d'un usage de drogues injectables

Risque et nature de l'exposition	Usager précédent vivant avec le VIH avec CV détectable ≥ 50 copies/mL	Statut VIH de l'usager précédent impossible à déterminer	Usager précédent vivant avec le VIH traité depuis >6 mois avec CV <50 copies/mL
Partage de seringue ou aiguille	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Partage d'autre matériel que seringue ou aiguille	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Piqûres avec seringue ou aiguille abandonnée ou heure d'utilisation inconnue	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

Figure 2. Algorithme d'indication au TPE après exposition au sang



Modalités et surveillance du TPE

- Le choix de la trithérapie proposée en TPE se base sur les données de résistance du VIH-1 aux antirétroviraux en France, de barrière génétique du VIH à la résistance, d'activité anti-VHB de la combinaison, de tolérance, d'absence d'interactions médicamenteuses, de disponibilité, et de coût.

Le traitement post-exposition recommandé en 1^{re} intention est l'association de ténofovir disoproxil fumarate (TDF), lamivudine (3TC) ou emtricitabine (FTC) et de doravirine (DOR) :

- 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 :

- TDF/FTC et dolutégravir (DTG) (245/200 mg et 50 mg). Cette option a l'inconvénient d'impliquer la prise de deux comprimés,
 - TDF/FTC et raltégravir (RAL) (245/200 mg et 1200 mg). Cette option a l'inconvénient d'impliquer la prise de trois comprimés,
 - TAF/FTC/bictégravir (BIC) (25/200/50 mg). Cette option a l'avantage du comprimé unique mais c'est la combinaison la plus coûteuse.
- Afin de faciliter l'accès au TPE, Il est recommandé que des kits de démarrage de 3 à 5 jours de traitement antirétroviral soient disponibles dans les lieux habilités à prescrire les antirétroviraux et accessibles 24 h/24 et 7 j/7.
 - La durée du TPE est de 30 jours, incluant le « starter kit » quand il a été utilisé, sans surveillance clinique ou biologique particulière pendant la durée du traitement.
 - La surveillance biologique après exposition au VIH, au VHB ou VHC nécessite :
 - un bilan initial comportant des sérologies pour le VIH, le VHB, le VHC et une recherche des IST en cas d'exposition sexuelle, ainsi qu'une évaluation de la fonction rénale en cas de prescription d'un TPE. Le TPE peut être débuté avant la réalisation du bilan initial.
 - et un seul bilan de contrôle ultérieur dont la date dépend du risque (VIH et/ou hépatites).

Les modalités de surveillance biologiques sont résumées dans les tableaux 5, 6 et 7.

- 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.
- Il n'y a pas de contre-indication au TPE pendant la grossesse ou l'allaitement. Compte-tenu du manque de données concernant l'usage de la DOR ou du BIC chez la femme enceinte ou allaitante, on choisira en 1^{re} intention une association TDF/FTC + DTG ou TDF/FTC + RAL (en 2 prises quotidiennes de 400 mg).
- En cas d'insuffisance rénale avec débit de filtration glomérulaire ≤ 50 mL/min/1,73m², il est recommandé d'utiliser :
 - L'association BIC/FTC/TAF en cas de $30 \leq \text{DFG} < 50$ mL/min/1,73m²
 - L'association 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).

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

Tableau 5. Bilan initial en cas d'accident d'exposition

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)

Tableau 6. 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	Avec ou sans 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
☐ Sérologie VIH	+	+	+	+	+
☐ ARN VIH		+/- (3)			
☐ Sérologie VHB	+				+
☐ Sérologie VHC	+				+
☐ Sérologie VHA		+ (IgG)			+/- (4)
☐ ALAT	+	+			+
☐ Créatinine + DFG	+	+			
☐ Sérologie Syphilis	+	+	+	+	+
☐ PCR Chlamydia/Gonocoque (6)	+	+	+	+	+
☐ 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

Tableau 7 : Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition au sang

		Avec ou sans TPE
Temporalité	Bilan initial	A S12 post-exposition
☐ Sérologie VIH	+	+ (1)
☐ Sérologie VHB	+	+/- (2)
☐ Sérologie VHC	+	+ (3)
☐ ALAT	+ (4)	+
☐ Créatinine + DFG	+ (4)	
☐ 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

Prise en charge des risques autres que le VIH dans le cadre du TPE

Hépatite B

- Lorsque la personne exposée n'est pas immune vis-à-vis de l'hépatite B, une vaccination doit lui être proposée et initiée immédiatement.
- L'injection d'immunoglobulines anti-VHB n'est recommandée que si la personne source a un Ag HBs positif documenté et une virémie VHB détectable, et en l'absence d'immunité vaccinale de la personne exposée.
- 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.

Hépatite C

- Il n'est pas recommandé d'instaurer un TPE actif sur l'hépatite C, quel que soit le type d'exposition (professionnelle ou sexuelle) et quel que soit le statut sérologique et virologique de la personne source.
- Le suivi sérologique et/ou par une charge virale C des personnes exposées permettent d'établir un diagnostic précoce des rares contaminations, rapidement éradiquées par un traitement antiviral direct.

Prévention des IST

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

Un dépistage des IST sera prescrit lors du bilan de suivi (cf. tableau « Bilan de suivi en cas d'accident d'exposition sexuelle »).

Contraception

- Il est recommandé de délivrer une contraception d'urgence de son choix à toute femme qui le souhaite, dont le dispositif intra-utérin au cuivre.

Patients mineurs

- Lorsqu'on reçoit un mineur pour un TPE, il est recommandé de s'assurer qu'il ne subit pas de violence dans le cadre de sa sexualité et que celle-ci est librement consentie. Toute atteinte sexuelle (viol si pénétration) commise par un majeur sur un mineur de quinze ans est réputée non consentie, sans avoir besoin qu'il y ait eu violence, contrainte, menace ou surprise, sauf si l'écart d'âge est inférieur à quatre ans.³
- Si un mineur est exposé à des violences ou atteintes sexuelles, ou s'il est en danger dans le cadre de sa sexualité, il est obligatoire de prendre des mesures de protection : information pré-occupante ou signalement direct au procureur en fonction du niveau de danger.⁴

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043403203>

⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045137055

Abréviations et acronymes

Ac	Anticorps
Ag	Antigène
ALAT	Alanine amino-transférase
ARV	Antirétroviraux
BIC	Bictégravir
CV	Charge virale
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DOR	Doravirine
DTG	Dolutégravir
FTC	Emtricitabine
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IST	Infection sexuellement transmissible
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
RAL	Raltegravir
TAF	Tenofovir alafenamide
TARV	Traitement antirétroviral
TDF	Tenofovir disoproxyl fumarate
TPE	Traitement post-exposition
3TC	Lamivudine
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

Ce document présente les points essentiels de la publication : Traitement préventif post-exposition au VIH, juillet 2024
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr