

# GUIDE POUR LA PROPHYLAXIE POSTEXPOSITION (PPE)

## AUX **PERSONNES EXPOSÉES** À DES **LIQUIDES BIOLOGIQUES** DANS LE CONTEXTE DU TRAVAIL



# **GUIDE POUR LA PROPHYLAXIE POSTEXPOSITION (PPE)**

## **AUX PERSONNES EXPOSÉES À DES LIQUIDES BIOLOGIQUES DANS LE CONTEXTE DU TRAVAIL**

**Édition produite par :**

La Direction des communications  
du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce document a été édité en quantité limitée  
et n'est maintenant disponible qu'en version électronique.  
[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section *Documentation*, rubrique *Publications*.

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 2006  
Bibliothèque nationale du Canada, 2006  
ISBN 2-550-46122-3 (version imprimée)  
ISBN 2-550-46123-1 (PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,  
à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

## MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL ET DE RÉDACTION

### Présidence et rédaction

D<sup>r</sup> Pierre G.Thibodeau

Médecin

Centre de référence de PPE professionnelle aux liquides biologiques de Montréal

Service de consultation-liaison VIH-Sida, Département de médecine générale,

Unité de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

### Comité de rédaction

D<sup>r</sup> Jean-Guy Baril

Médecin

Clinique médicale du Quartier Latin,

Centre de référence de PPE professionnelle aux liquides biologiques de Montréal,

Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M<sup>e</sup> Jean-Pierre Ménard

Avocat

Cabinet Ménard et Martin

Montréal

D<sup>re</sup> Nicole Bernard

Immunologiste

Centre universitaire de santé McGill (CHU McGill)

D<sup>re</sup> Pascale Lehoux

Psychologue

Service de cardiologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Centre de référence de PPE professionnelle aux liquides biologiques de Montréal

M. Donald Murphy

Microbiologiste

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ),

Laboratoire de santé publique du Québec

D<sup>re</sup> Michèle Dupont

Médecin

Direction de la santé publique de Montréal

M<sup>e</sup> Delphine Roigt

Conseillère en éthique

Comité d'éthique clinique,

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D<sup>r</sup> Jean-Yves Frappier

Pédiatre

Centre hospitalier universitaire mère-enfant, Hôpital Sainte-Justine

M <sup>me</sup> Rachel Therrien	Pharmacienne Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
M <sup>me</sup> Marie-Nicole Hébert	Agente de recherche et de planification Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux
M <sup>me</sup> Deborah Trent	Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal, CLSC Métro
D <sup>r</sup> Normand Lapointe	Pédiatre, immunologue Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre maternel et infantile sur le sida, Centre hospitalier universitaire mère-enfant, Hôpital Sainte-Justine
D <sup>r</sup> Jean Vincelette	Microbiologiste infectiologue Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
D <sup>r</sup> Richard Lalonde	Interniste infectiologue Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre universitaire de santé McGill
D <sup>re</sup> Sylvie Vézina	Médecin, Clinique L'Actuel, Montréal Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

## Document révisé par le Comité consultatif

### MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF SUR LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

D <sup>r</sup> Jean-Guy Baril	Médecin Clinique médicale du Quartier Latin, Montréal Centre de référence de PPE professionnelle aux liquides biologiques de Montréal Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Dominic Lévesque	Infirmier Comité des personnes atteintes du VIH du Québec (CPAVIH)

D <sup>r</sup> Pierre Côté	Médecin Clinique médicale du Quartier Latin, Montréal Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
M <sup>me</sup> Lyse Pinault	Directrice générale Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida), Montréal
D <sup>r</sup> Harold Dion	Médecin Collège québécois des médecins de famille Clinique médicale L'Actuel, Montréal
D <sup>re</sup> Danielle Rouleau	Microbiologiste infectiologue Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
M <sup>me</sup> Marie-Nicole Hébert	Agente de recherche et de planification Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux
M <sup>me</sup> Rachel Therrien	Pharmacienne Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
D <sup>r</sup> Patrice Junod	Médecin Clinique médicale du Quartier Latin, Montréal Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
D <sup>re</sup> Cécile Tremblay	Microbiologiste infectiologue Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
D <sup>r</sup> Richard Lalonde	Interniste infectiologue Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre universitaire de santé McGill
D <sup>r</sup> Benoît Trottier	Médecin Clinique médicale L'Actuel, Montréal Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
D <sup>r</sup> Normand Lapointe	Pédiatre, immunologue Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida Centre maternel et infantile sur le sida, Centre hospitalier universitaire mère-enfant, Hôpital Sainte-Justine

D<sup>e</sup> Sylvie Trottier  
Microbiologiste, infectiologue  
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida,  
Centre hospitalier universitaire de Québec, Hôpital Laval

D<sup>r</sup> Chris Tsoukas  
Interniste immunologue  
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida,  
Centre universitaire de santé McGill, Hôpital Générale de Montréal

### **Remerciements**

D<sup>e</sup> Marie Gourdeau  
Microbiologiste infectiologue  
Centre hospitalier universitaire de Québec

M<sup>me</sup> Céline Dufresne  
Secrétaire de direction et du chef de Service de consultation-liaison  
VIH-Sida  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

M<sup>me</sup> Johanne Samson  
Coordonatrice  
Centre maternel et infantile sur le sida, Hôpital Sainte-Justine

M. Jérémie Tapiero  
Secrétaire documentaliste  
Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes  
vivant avec le VIH

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	9
<b>PREMIERS SOINS</b> .....	11
Premiers soins avant l'évaluation médicale.....	11
Aspects organisationnels.....	11
Aspects médicaux .....	12
Aspects informatifs et psychologiques .....	12
<b>ÉVALUATION DE L'EXPOSITION</b> .....	12
Types d'exposition .....	12
Les liquides potentiellement infectieux.....	13
<b>ÉVALUATION DU RISQUE</b> .....	13
Caractérisation de l'exposition.....	13
Survie virale.....	14
Détermination et caractérisation de la source .....	14
<b>HÉPATITE B (VHB)</b> .....	16
Risque de transmission par exposition professionnelle.....	16
Prophylaxie pré-exposition.....	16
Prophylaxie postexposition .....	16
Suivi sérologique .....	17
Counselling sur l'hépatite B auprès de la personne exposée .....	17
<b>HÉPATITE C (VHC)</b> .....	18
Risque de transmission par exposition professionnelle.....	18
Prophylaxie postexposition .....	18
Suivi sérologique .....	18
Counselling sur l'hépatite C auprès de la personne exposée .....	19
<b>L'INFECTION AU VIH</b> .....	19
Risque de transmission par exposition professionnelle.....	19
Test sérologique à utiliser .....	20
Prophylaxie postexposition .....	20
Médication à utiliser en prophylaxie postexposition .....	20
Résistance connue à un des médicaments prescrits.....	21
Traitement immédiat postexposition.....	21
Recommandations de prophylaxie par le VIH.....	21
Toxicité et interactions des antirétroviraux .....	21
Counselling sur le VIH à la personne exposée .....	21
<b>ASPECTS PSYCHOLOGIQUES</b> .....	22
Évaluation de l'état psychologique de la personne exposée .....	22
Indicateurs psychologiques de crise liés à une exposition professionnelle à des liquides biologiques .....	23

<b>CONSENTEMENT ET CONFIDENTIALITÉ</b> .....	23
Aspects éthiques et juridiques .....	23
Respect de l'autonomie .....	23
Respect de la vie privée et de la confidentialité .....	24
Bienfaisance et non malfaisance .....	24
<b>ASPECTS ORGANISATIONNELS</b> .....	25
Rapidité d'action .....	25
Efficacité .....	26
Qualité de services .....	26
Continuité .....	27
<b>ANNEXES</b> .....	28
Annexe 1. Risque de transmission des virus selon le type d'exposition .....	28
Annexe 2. Suivi sérologique des trois virus .....	29
Annexe 3. Algorithme pour la source infectée (HBsAg+) ou à haut risque .....	30
Annexe 4. Algorithme pour la source non infectée (HBsAg-) ou à faible risque .....	31
Annexe 5. Recommandations de prophylaxie VIH pour des expositions percutanées .....	32
Annexe 6. Recommandation de prophylaxie VIH pour les expositions sur la muqueuse et la peau non saine.....	33
Annexe 7. Choix d'antirétroviraux .....	34
Annexe 8. Outils de travail du Centre de référence de prophylaxie postexposition professionnelle aux liquides biologiques de Montréal .....	37
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	55

# INTRODUCTION

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), un groupe de travail a été mis sur pied afin de réviser les recommandations sur la prise en charge des personnes exposées accidentellement à du sang et à d'autres liquides biologiques susceptibles de transmettre des infections à diffusion hémotogène.

Ces recommandations visent à améliorer l'évaluation et le suivi des personnes exposées ainsi qu'à uniformiser les approches dans ce domaine. Elles s'adressent aux intervenants du réseau de la santé qui auront à apprécier les risques associés à ces expositions et à appliquer les mesures en postexposition.

La démarche qui donne lieu au présent document a d'abord été entreprise en 2002 sous la direction du D<sup>r</sup> Pierre Robillard, de l'Institut national de santé publique du Québec, puis s'est poursuivie depuis l'automne 2003 sous la présidence du D<sup>r</sup> Pierre G. Thibodeau.

Le document est divisé en trois parties. La première traite des soins immédiats à offrir à la personne en postexposition. La deuxième traite de l'évaluation de l'exposition : une définition des expositions comportant un risque de transmission pour le VIH, le VHB et le VHC (qui sont les trois infections les plus susceptibles d'être transmises à l'occasion d'une exposition), ainsi que la liste des liquides susceptibles de transmettre ces infections. L'évaluation du risque est d'abord présentée par la caractérisation de l'exposition elle-même, puis par celle de la source de l'exposition. Enfin, la troisième partie du document traite de chacun des trois virus (VHB, VHC et VIH) en fonction de l'appréciation du risque de transmission au cours d'une exposition accidentelle, du suivi médical et sérologique des personnes exposées, de la prophylaxie postexposition et du counselling à offrir à ces personnes.

Dans cette version 2006, une attention particulière est accordée aux répercussions psychologiques sur la personne exposée et à des références légales et bioéthiques nouvellement inclus dans ces recommandations.

De plus, les outils utilisés au Centre de référence de prophylaxie postexposition (PPE) professionnel aux liquides biologiques de Montréal sont décrits en annexe afin de vous fournir le matériel de base nécessaire à l'implantation d'un service PPE dans votre établissement.

Ces recommandations sont d'abord et avant tout conçues pour assurer la prise en charge des personnes exposées accidentellement à des liquides biologiques pendant leurs activités professionnelles. Elles sont également applicables à des situations similaires se produisant en dehors du travail. Les indications d'intervention, l'évaluation et le suivi des personnes exposées en milieu « naturel » sont alors identiques à ceux des personnes exposées dans un environnement professionnel. Quant aux directives relatives à la prise en charge des personnes exposées au cours de pratiques sexuelles à risque ou d'activités de toxicomanie à risque, elles feront l'objet d'un document distinct.

Par ailleurs, ces directives visent la prise en charge des adultes. Elles ne s'appliquent pas aux enfants. En ce qui a trait à la posologie des médicaments et de la vaccination infantile, nous vous référons au Centre maternel et infantile sur le sida.

Les présentes lignes directrices ne traitent pas des aspects organisationnels que nécessite la prise en charge des personnes exposées, mais font état des principes à respecter dans l'organisation des services postexposition afin de remplir les exigences scientifiques de la prise en charge et du suivi des personnes exposées (voir la dernière section).

Il convient enfin de souligner que ce document s'inspire largement des recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques publiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 1999, et de *Updated U.S. Public Health Service, Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis*, publié par les Centers for Disease Control (version révisée du 30 septembre).

Il a été révisé et approuvé par le Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH-sida.

Il s'appuie sur les connaissances actuelles qui devront être mises à jour en fonction des nouvelles données. Nous encourageons donc les lecteurs à se tenir au courant des dernières informations en la matière ou à consulter des experts du domaine, par l'entremise des services suivants :

- Ligne Consultation-SIDA pour les médecins du Québec, réseau d'Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS) : 1 800 363-4814 ou (514) 849-5520 (un spécialiste du domaine du sida est disponible 24 heures sur 24 tous les jours de la semaine);
- Programme national de mentorat sur le VIH-SIDA (réseau UHRESS)

1037, rue Saint-Denis, bureau 202  
Montréal (Québec) H2X 3H9.

Téléphone : (514) 282-9606

Télécopieur : (514) 282-9607.

- Centre maternel et infantile sur le sida,  
Hôpital Sainte-Justine  
Téléphone : (514) 345-4788  
demander le médecin VIH-sida de garde.

De plus, des outils sont disponibles sur Internet, soit :

- « l'Assistant virtuel en PPE » ([www.cmeonhiv.com](http://www.cmeonhiv.com)). Il s'agit d'un organigramme décisionnel interactif destiné à vous aider dans l'évaluation, la prise en charge et le suivi des personnes exposées;
- *Infection au VIH. Guide Thérapeutique* (<http://www.guidetherapeutiquevih.com/>), section « Interactions médicamenteuses ».

## Premiers soins avant l'évaluation médicale

Dans le cas d'une exposition accidentelle à des liquides biologiques, le premier geste à faire est de donner les premiers soins recommandés afin de diminuer le temps de contact avec les liquides biologiques, ce qui permettra peut-être de réduire le risque de transmission d'une infection. À ce stade, il importe de retirer les vêtements qui ont été souillés. Ces vêtements et autres objets pourront être désinfectés par un simple lavage.

### EXPOSITION PERCUTANÉE (PIQÛRE, COUPURE, ÉGRATIGNURE) ET MORSURE AVEC BRIS DE PEAU OU DE LA MUQUEUSE

Les soins recommandés de toute urgence sont :

- faire saigner immédiatement la lésion sans traumatiser le pourtour immédiat de la plaie;
- nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon. **Il ne faut pas brosser ni utiliser de solutions corrosives ou irritantes (contenant de l'eau de Javel ou de l'alcool) à cause du risque d'irritation ou de brûlure qui a pour effet d'augmenter la perméabilité des vaisseaux sanguins des tissus lésés, donc le risque de transmission;**
- rincer la région touchée avec de l'eau ou du sérum physiologique.

### EXPOSITION SUR UNE MUQUEUSE NON LÉSÉE

Les soins recommandés de toute urgence sont :

- rincer abondamment la muqueuse touchée et le plus rapidement possible, la région touchée avec de l'eau ou du sérum physiologique. **Il ne faut ni brosser ni utiliser de solutions corrosives ou irritantes (contenant de l'eau de Javel ou de l'alcool) à cause du risque d'irritation**

**ou de brûlure qui a pour effet d'augmenter la perméabilité des vaisseaux sanguins des tissus lésés, donc le risque de transmission.**

### EXPOSITION CUTANÉE

Les soins recommandés sont :

- si la peau est saine, aucune mesure supplémentaire ni aucun suivi du travailleur ne sont nécessaires;
- nettoyer la région exposée avec de l'eau et du savon. **Il ne faut pas brosser ni utiliser de solutions corrosives ou irritantes (contenant de l'eau de Javel ou de l'alcool) à cause du risque d'irritation ou de brûlure qui a pour effet d'augmenter la perméabilité des vaisseaux sanguins des tissus lésés, donc le risque de transmission (VHB, VHC et VIH);**
- une plaie cutanée cicatrisée non suintante est considérée comme de la peau saine et ne risque pas d'entraîner la transmission d'une infection par l'un des trois virus;
- en cas de non-cicatrisation, il n'existe aucune donnée permettant d'évaluer le risque de transmission en fonction du moment d'apparition et de la dimension de la plaie. Chaque cas doit être évalué sur une base individuelle.

## Aspects organisationnels

Orienter rapidement vers un service médical pré-identifié. Ce service devra pouvoir effectuer une évaluation médicale de façon prioritaire. Un protocole d'intervention doit être en place dans l'institution de soins désignée pour les cas d'exposition aux liquides biologiques.

## Aspects médicaux

Évaluer de toute urgence (idéalement, en moins de deux heures après l'événement) l'indication d'administrer un traitement antirétroviral contre le VIH.

Évaluer la nécessité d'administrer un vaccin ou des gammaglobulines hyperimmunes contre l'hépatite B.

Évaluer la nécessité d'administrer une prophylaxie antitétanique en cas de plaie perforante, comme le recommande le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

Pour les morsures avec bris de peau ou de la muqueuse, une évaluation devra être faite quant à la nécessité d'une antibioprofylaxie d'une infection locale.

## Aspects informatifs et psychologiques

Dès la prise en charge de la personne exposée, il faut l'informer de façon précise sur les risques de transmission des virus afin, autant que possible, de la rassurer. De plus, il importe d'évaluer son état psychologique face à la situation et d'intervenir afin de prévenir la détérioration de sa condition psychologique.

# ÉVALUATION DE L'EXPOSITION

Une exposition est **significative** si elle comporte *un risque de transmission d'une infection*. Le risque dépendra du type d'exposition et du liquide biologique en cause.

***Les contacts avec la peau saine ne comportent pas de risque de transmission et ne justifient donc pas un suivi postexposition, car la peau constitue une barrière efficace.***

Dans les cas d'agression par morsure, il faut évaluer le risque de la victime et de l'agresseur.

## Types d'exposition

Le terme *exposition* désigne ici un contact entre certains liquides biologiques venant d'une personne potentiellement infectée (la « personne source ») et une autre personne (la « personne exposée »). Voici les types d'exposition qui présentent un risque de transmission.

### Les expositions percutanées

- Piqûre;
- Coupure;
- Égratignure.

### Les expositions sur une muqueuse

- Éclaboussure;
- Contact direct.

### Les expositions sur peau non intacte (plaie cutanée, eczéma, etc.)

- Éclaboussure;
- Contact direct.

### La morsure avec bris de peau

- Pour le VHB : le risque de transmission existe dans tous les cas, car ce virus est transmissible par la salive dans cette circonstance.
- Pour le VIH et le VHC : seulement lorsque l'agresseur a du sang dans la bouche, ce qui est parfois difficile à déterminer. Dans le doute, il est préférable de considérer la morsure comme une exposition significative.

## Les liquides potentiellement infectieux

Voici les liquides susceptibles de transmettre le VIH, le VHB et le VHC :

- les spécimens de laboratoire contenant des concentrés du VIH, du VHB et du VHC;
- le sang;
- tous les liquides biologiques visiblement teintés de sang;
- les liquides biologiques suivants, même en l'absence de sang visible :
  - sperme,
  - sécrétions vaginales,
  - liquide pleural,
  - liquide amniotique,
  - liquide péricardique,
  - liquide péritonéal,
  - liquide synovial,
  - liquide céphalorachidien,
- salive, dans les deux circonstances suivantes : au cours d'interventions effectuées dans la bouche d'une personne (soins dentaires et chirurgie buccale), parce qu'elle est considérée comme contaminée par le sang ; à l'occasion d'une morsure dans le cas de l'hépatite B. Il est à noter que l'exposition sur une muqueuse par crachat ne nécessite pas de traitement particulier, à moins que la salive soit visiblement teintée de sang.

## ÉVALUATION DU RISQUE

### Caractérisation de l'exposition

Il importe de bien caractériser le type d'exposition et les circonstances de cette dernière. En effet, il est impératif de déterminer si l'exposition est significative et d'obtenir les informations nécessaires à la prise en charge de la personne exposée.

Les données suivantes, recueillies au moment de l'exposition, informent sur le risque de contamination et sont des éléments à considérer pour le traitement et le suivi de la personne exposée.

#### POUR UNE PIQÛRE D'AIGUILLE

- Utilisation d'une aiguille creuse ;
- Profondeur de l'injection et injection de liquide contaminant;
- Aiguille ayant été en contact avec un vaisseau sanguin;
- Présence visible de liquide contaminant (avant l'exposition) ;
- Intervalle de temps entre la contamination de l'instrument et l'exposition.

#### POUR UNE COUPURE

- Longueur et profondeur de la coupure ;
- Présence visible de liquide potentiellement contaminé sur l'instrument (avant l'exposition).

#### POUR UNE EXPOSITION PAR CONTACT SUR UNE MUQUEUSE OU SUR UNE PEAU NON SAIN

- Quantité de liquide en cause ;
- Durée du contact ;
- Surface touchée.

#### POUR UNE EXPOSITION DUE À UNE MORSURE

- Présence de sang dans la bouche de la personne source ;
- Bris de peau ou de la muqueuse chez la personne exposée (la personne source devient une personne exposée au sang de la personne mordue).

## Survie virale

Le **virus de l'hépatite B** : plusieurs études démontrent que le virus peut survivre au moins sept jours dans du sang séché à la température de la pièce.

Le **virus de l'hépatite C** : l'information disponible sur le site Web de l'Agence de santé publique du Canada indique que la survie du VHC à l'extérieur du corps humain est inconnue. L'information de l'Agence laisse présumer que la survie du VHC serait semblable à celle du VHB, c'est-à-dire qu'il pourrait survivre dans le sang séché pendant de longues périodes, voire des semaines. Il a été démontré que le VIC présente une certaine stabilité pour une période d'au moins sept jours dans du sang séché indépendamment de la température environnante.

Le **VIH** : la durée de survie du VIH dans l'environnement est inconnue, mais le risque de transmission autre que par des liquides biologiques frais semble négligeable.

## Détermination et caractérisation de la source

Il importe de déterminer l'origine de l'objet ou du liquide biologique en cause dans l'exposition afin de définir le type de prophylaxie et d'offrir le suivi adéquat. Deux situations peuvent alors se présenter :

- la personne source est inconnue ;
- la personne source est connue.

### PERSONNE SOURCE INCONNUE

Certaines expositions se produisent dans des circonstances qui ne permettent pas d'identifier la personne source. Pour cette raison, il est important de préciser l'origine de l'objet ou du liquide en cause dans l'exposition ainsi que l'intervalle possible entre la contamination de l'objet en cause et le moment de l'exposition accidentelle, car cela peut conditionner la nature du suivi de la personne exposée. Ces renseignements permettront d'apprécier la probabilité d'infection de la source en fonction de la prévalence attendue de l'infection dans les différents milieux. Ces renseignements devraient être consignés dans le dossier de la personne exposée.

### PERSONNE SOURCE CONNUE

#### Renseignements sur la personne source

Les renseignements recueillis sur la personne source sont essentiels dans l'évaluation de la situation et des mesures à prendre en postexposition. Ainsi il faut :

- déterminer par des tests sanguins si la personne source est infectée par le VIH, le VHB ou le VHC ;
- évaluer le risque que cette personne soit infectée ou se situe dans une période fenêtrée (personne infectée mais infection non encore détectable), surtout s'il est impossible de faire les tests sanguins ;
- dans le cas d'une personne infectée par le VIH, il convient d'obtenir des renseignements sur l'état clinique de la personne source infectée et sur l'historique de la thérapie, soit : le stade de la maladie, la présence ou l'absence de symptômes, les résultats de la dernière charge virale, la prise ou non des médicaments, l'échec ou le succès de la thérapie antirétrovirale, les résistances connues aux médicaments.

N.B. Dans le cas d'une autre infection active connue (malaria, syphilis, autres hépatites, etc.), il convient de déterminer le risque de transmission et d'agir en conséquence.

### COLLECTE DES DONNÉES ET PRÉLÈVEMENTS SANGUINS

La collecte des données sur les facteurs de risque de la personne source devra être faite par un intervenant autre que la personne exposée ; à partir de ces données, il appartient au médecin d'évaluer le risque que représente l'exposition.

Dans la mesure du possible, un professionnel de la santé contacte la personne source (ou la personne apte à la représenter) afin d'obtenir son consentement éclairé, qui peut être verbal et consigné dans un dossier, pour un prélèvement sanguin ou pour divulguer certains renseignements à la personne exposée qui prendra une décision quant à son suivi médical.

- L'intervenant devra rechercher, par un questionnaire, la présence de facteurs de risque pour ces

infections afin de déterminer la probabilité que la personne source soit infectée ou se situe dans une période fenêtrée.

## **CONFIDENTIALITÉ**

Toutes les démarches entreprises pour obtenir ces renseignements doivent être faites en respectant strictement la confidentialité, sans pression induite ni préjudice pour la personne source.

## **DIVULGATION DES RÉSULTATS DES TESTS À LA PERSONNE SOURCE**

La personne source qui accepte de passer un test doit savoir qu'elle sera avisée des résultats. À cet égard, toutes les démarches nécessaires doivent être entreprises afin d'informer la personne testée d'un résultat positif aux tests anti-VIH, anti-VHC ou HBsAg, et elles doivent être consignées dans un dossier.

## **REFUS DE LA PERSONNE SOURCE**

Si la personne source refuse de se soumettre aux tests sanguins, l'anonymat peut lui être offert, lorsque c'est possible et sans que soient exercées sur elle des pressions induites. En cas de refus, il paraît plus prudent de la considérer à risque pour les trois infections au regard de la prise en charge de la personne exposée.

## **QUESTIONNAIRE DE LA PERSONNE SOURCE POUR DÉTERMINER LES RISQUES DE TRANSMISSION DES VIRUS HÉPATITE B, HÉPATITE C ET VIH**

Le questionnaire de la personne source doit porter sur les facteurs de risque d'être infectée par un ou plus des trois virus en cause.

### **Facteurs de risque communs aux trois infections**

Les activités de toxicomanie à risque : partage de matériel de consommation et d'injection, de substance contaminée ; le tatouage, le perçage (« body piercing

»), l'électrolyse et toute autre pratique effractive de la peau n'ayant pas été faite dans les règles de prévention des infections.

### **Facteurs de risque associés au VHB**

- Venir d'une région à forte endémicité pour l'hépatite B ;
- Avoir des contacts étroits avec des personnes infectées par le VHB ;
- Avoir reçu du sang ou des produits sanguins avant 1990 ;
- Les pratiques sexuelles à risque ;
- Avoir subi une exposition à du sang infecté par le VHB.

### **Facteurs de risque associés au VHC**

- Avoir reçu des facteurs de coagulations dérivés du sang avant 1985 ;
- Avoir reçu du sang ou des produits sanguins avant 1990 ;
- Avoir subi une hémodialyse ;
- Être porteur du VIH ;
- Venir d'un pays à forte endémicité pour l'hépatite C ;
- Avoir subi une exposition professionnelle à du sang infecté par le VHC.

### **Facteurs de risque associés au VIH**

- Venir d'une région à forte endémicité pour le VIH ;
- Avoir reçu des produits sanguins avant 1985 (VIH) ;
- Être né d'une mère infectée par le VIH ;
- Les pratiques sexuelles à risque ;
- Avoir subi une exposition à du sang infecté par le VIH.

## TYPES DE TEST POUR LA PERSONNE SOURCE

### VHB

Un test de l'antigène de surface, HBsAg, est recommandé.

### VHC

Un test anti-VHC est recommandé. Un counselling adéquat devra être effectué avant et après le test. Un test de détection d'acide nucléique (ARN viral) n'est pas indiqué.

### VIH

Un anti-VIH standard est recommandé. Un counselling adéquat devra être effectué auprès de la personne source avant et après le test.

Les tests d'antigènes P24 ou la charge virale ne sont pas indiqués dans le contexte de prophylaxie post-exposition pour la personne source. Le diagnostic clinique d'une rétrovirose aiguë chez la personne source démontrerait la nécessité d'une prophylaxie à l'égard de la personne exposée.

# HÉPATITE B (VHB)

## Risque de transmission par exposition professionnelle

Lorsque la personne exposée n'est pas immunisée et qu'elle ne reçoit pas de prophylaxie postexposition, le risque de contracter une infection, à la suite d'une piqûre avec une aiguille contenant du sang infecté, est de 30 à 40 % si la personne source est HBeAg+, et de 2 à 6 % si la personne source est HBeAg- et HBsAg+. Il existe de rares cas de transmission de l'hépatite B par morsure avec bris de peau. Dans d'autres contextes, il n'existe pas de cas connus de transmission par la salive, même si celle-ci contient de l'HBsAg (qui n'est pas la partie infectieuse du virus).

## Prophylaxie pré-exposition

Avant l'exposition potentielle, des vaccins peuvent prévenir l'hépatite B. Toutes les personnes qui, de par leur fonction ou leurs activités, sont susceptibles d'être en contact avec des liquides biologiques doivent être vaccinées. Une vérification des anti-HBs de la personne vaccinée doit être faite quatre à huit semaines après la troisième dose du vaccin afin de déterminer sa réponse à la vaccination. Si elle a reçu des HBIG, le dosage des anti-HBs doit être fait au moins six mois après la dernière dose d'HBIG.

## Prophylaxie postexposition

Les personnes exposées au virus de l'hépatite B devraient recevoir la vaccination et/ou les gamma-globulines hyperimmunes (HBIG) correspondant à leur statut sérologique et à leur niveau de risque, selon le protocole présenté aux annexes 3 et 4. L'efficacité des HBIG est d'environ 75 % si elles sont données dans les sept jours suivant l'exposition. Comme le démontre la littérature sur les cas d'exposition périnatale, la vaccination concomitante pourrait augmenter la protection conférée par les gammaglobulines.

Ce protocole tient compte de la réponse des travailleurs à la vaccination, de la présence éventuelle d'une infection chez la personne source, ainsi que du niveau de risque possible de la personne source dans le cas où son statut sérologique ne pourrait être connu dans les 48 heures suivant l'exposition. Il faudra alors procéder à une évaluation en tenant compte des facteurs de risque de la personne source. Si la source est inconnue, l'évaluation du risque doit être faite en fonction de la prévalence attendue de l'infection dans les différents sous-groupes de population.

La marche à suivre pour la prophylaxie de l'hépatite B est présentée sous forme d'algorithmes décisionnels aux annexes 3 et 4.

## Suivi sérologique

En présence d'une source HBsAg positive, d'une source présumée à haut risque à statut sérologique inconnu ou d'une source inconnue, un suivi sérologique pour dépister une séroconversion au VHB est indiqué pour tous les travailleurs non immuns au moment de l'accident. Ces derniers doivent recevoir des immunoglobulines en postexposition (voir l'annexe 3).

Le dosage des anti-HBs pour vérifier la réponse à la vaccination devrait être fait entre un mois et six mois après la troisième dose de vaccin tout en respectant le délai d'au moins six mois après l'administration d'immunoglobulines.

Dans le cas des personnes immunes ayant ou ayant eu des anticorps positifs contre l'hépatite B (anti-HBs supérieur à 10 UI/L) au moment de l'événement, aucun suivi pour l'hépatite B n'est recommandé.

## Counselling sur l'hépatite B auprès de la personne exposée

Voici les éléments à aborder dans le counselling post-exposition.

### LES SIGNES ET SYMPTÔMES DE L'HÉPATITE B AIGÜE

Il convient de renseigner la personne exposée sur les signes et les symptômes d'une hépatite B afin qu'elle consulte dès que ceux-ci apparaissent (fatigue, fièvre, anorexie, malaise abdominal, nausées, vomissements, arthralgie, ictère, urine foncée et selles pâles).

## LA PROPHYLAXIE POSTEXPOSITION ET LE SUIVI

La personne exposée devrait être informée des éléments suivants :

- les moyens pris pour assurer la confidentialité des résultats ;
- le risque de transmission de l'infection et l'utilisation prophylactique des HBIG et la vaccination en postexposition ;
- la nécessité de compléter une vaccination qui aurait été amorcée en postexposition ou qui serait incomplète ;
- l'utilité de passer des tests pour l'hépatite B (reconnaissance de l'origine professionnelle d'une infection, diagnostic précoce, etc.) ;
- la signification d'un résultat négatif ou positif aux tests.

## CONSEILS À LA PERSONNE EXPOSÉE

La protection par prophylaxie n'est pas infaillible. Aussi convient-il d'informer la personne des moyens à prendre, pendant une période de six mois après l'exposition, pour éviter la transmission de l'hépatite B. Ces moyens sont les suivants :

- s'assurer d'utiliser des méthodes et des instruments de travail sécuritaires, comme ils doivent l'être en tout temps ;
- éviter toute relation sexuelle non protégée ;
- s'abstenir de donner du sang, des organes, des tissus ou du sperme ;
- éviter la grossesse ;
- ne partager ni brosses à dents, ni rasoirs, ni seringues, comme il se doit en tout temps.
- réduire les méfaits liés à la toxicomanie, le cas échéant ; non-partage du matériel de consommation, solutions de rechange à l'injection, abstinence.

# HÉPATITE C (VHC)

## Risque de transmission du VHC par exposition professionnelle

La transmission du VHC par exposition professionnelle est clairement établie. Jusqu'à maintenant, les cas rapportés dans la littérature ont tous été reliés à des expositions au sang. Le risque consécutif à une exposition professionnelle percutanée au sang infecté a été décrit dans plusieurs études. Il se situe aux environs de 1,8 %. De rares cas de transmission ont été rapportés à la suite d'une exposition des muqueuses à du sang contaminé, mais l'exposition sur une peau lésée ou saine n'a donné lieu jusqu'ici à aucun cas. Des cas de transmission due à une morsure ont été rapportés, mais la présence de sang dans la salive était possible.

Dans les cas d'expositions autres que professionnelles, la plupart des transmissions se produisent au cours d'activités de toxicomanie à risque. Quoique beaucoup moins fréquents, des cas de transmission par contact sexuel sont aussi décrits.

## Prophylaxie postexposition

Actuellement, aucune prophylaxie ne permet de contrer la transmission de l'infection au VHC. Les traitements précoces assurent toutefois un bon taux de guérison.

### PÉRIODE FENÊTRE

Dans le cas d'un facteur de risque récent (moins de six mois), la personne source peut se trouver dans la période fenêtrée de l'infection, laquelle n'est pas encore détectable. La personne exposée devrait donc bénéficier d'un suivi qui tient compte de cette possibilité. Ce suivi ne diffère en rien de celui d'un cas où la personne source est anti-VHC positive.

## Suivi sérologique

La présence d'anticorps contre le VHC est un indicateur

de la présence d'une infection, et non un facteur de protection contre celle-ci. Les tests de dépistage des anticorps anti-VHC ont une sensibilité et une spécificité qui dépassent 97 %. En l'absence d'anticorps anti-VHC, le test de détection d'acide nucléique (ARN-VHC) n'est pas indiqué, sauf si les enzymes hépatiques (ALT) sont élevées.

Dans de rares cas, la séroconversion peut se produire plus de six mois après l'exposition. Dans les premières semaines qui suivent l'exposition, le dosage des ALT sera un meilleur indicateur de la présence d'une hépatite que les anti-VHC. Des résultats anormaux des ALT à six mois devraient inciter à prolonger la période de dosage des anti-VHC au-delà de ce délai.

Le suivi sérologique à effectuer pour les personnes exposées à une source infectée au VHC, à haut risque ou susceptible de se situer dans une période fenêtrée, est décrit ci-dessous.

- Dépister les anti-VHC chez la personne exposée dans les sept jours qui suivent l'exposition et doser les ALT en même temps ;
- Répéter les ALT et les anti-VHC trois mois puis six mois après l'exposition ;
- Si les ALT sont élevées (> 2,5 fois la normale) à trois ou à six mois, la personne exposée devrait subir des tests plus poussés tel le dosage qualitatif de l'ARN-VHC. Si celui-ci s'avère positif il faut alors référer à un spécialiste pour une évaluation d'une infection aiguë au VHC et de la nécessité d'un traitement.

## SUIVI AU SIXIÈME MOIS

Même si la personne source est négative pour le test anti-VHC et qu'elle ne présente pas de facteur de risque, on peut soumettre au sixième mois la personne exposée à un test anti-VHC et aux tests pour les autres virus afin de la rassurer.

## Counselling de l'hépatite C auprès de la personne exposée

Voici les sujets à aborder dans le counselling postexposition.

### LE RISQUE DE TRANSMISSION DE L'INFECTION CHEZ LA PERSONNE EXPOSÉE

#### La prophylaxie postexposition et le suivi

La personne exposée devrait être informée des éléments suivants :

- l'utilité du dosage des ALT et des anti-VHC (reconnaissance de l'origine professionnelle, le cas échéant, diagnostic et traitement éventuel précoces) ;
- la signification d'un résultat négatif ou positif au test anti-VHC ;
- les moyens pris pour assurer la confidentialité des résultats ;

- les modalités du traitement éventuel advenant une infection.

### CONSEILS À LA PERSONNE EXPOSÉE

Voici les moyens que devrait prendre la personne exposée, pendant une période de six mois suivant l'exposition, afin d'éviter la transmission de l'infection :

- s'assurer d'utiliser des méthodes et les instruments de travail sécuritaires s'appliquent, comme ils doivent l'être en tout temps ;
- s'abstenir de donner du sang, du plasma, des organes, des tissus ou du sperme ;
- ne partager ni brosses à dents, ni rasoirs, ni seringues, comme il se doit en tout temps ;
- réduire les méfaits liés à la toxicomanie, le cas échéant ; non-partage du matériel de consommation, solutions de rechange à l'injection, abstinence.

La possibilité de transmission sexuelle du VHC existe, mais semble faible ; si la personne ne veut courir aucun risque, on lui recommandera d'éviter tout rapport sexuel ou d'utiliser des condoms. Par ailleurs, bien que la littérature fasse état de cas de transmission mère-enfant, l'ampleur du risque n'est pas précisée, mais on l'estime plutôt faible. Il est augmenté en présence d'une co-infection par le VIH. Il n'y a pas lieu pour l'instant de faire de recommandations particulières en ce qui concerne la grossesse et l'allaitement.

## L'INFECTION AU VIH

### Risque de transmission

La transmission du VIH par exposition professionnelle est clairement établie. Le risque de transmission varie en fonction du type d'exposition. Ce risque est estimé à environ 0,32 % pour les expositions percutanées à du sang contaminé, et à environ 0,09 % pour les expositions à du sang contaminé sur une muqueuse. Le risque de transmission après exposition à du sang sur une peau lésée est démontré, mais il est probablement encore plus faible et reste non quantifié.

Pour les expositions percutanées, ce risque varie en fonction de différents facteurs. Il y a **RISQUE ACCRU** dans les situations suivantes :

- présence visible de sang sur l'instrument ;
- utilisation d'une aiguille creuse ;
- utilisation d'un instrument ayant été directement en contact avec un vaisseau sanguin ;
- personne exposée avec une blessure profonde ;
- patient source en phase sida ou symptomatique ;

- patient source avec une charge virale supérieure à 1 500 copies/ml ;
- patient source en primo-infection du VIH, en raison de la charge virale habituellement élevée durant cette période.

En cas de facteur de risque récent, il y a lieu de soupçonner que la personne source se trouve dans la période fenêtre de l'infection, alors que les anticorps contre le VIH ne sont pas encore détectables.

Note : Des données montréalaises des D<sup>e</sup> Julie Bruneau et D<sup>e</sup> Élise Roy ont démontré un taux élevé de séroconversion dans un sous-groupe de toxicomanes intraveineux.

## Test à utiliser

Faire le test anti-VIH au temps zéro, à six semaines, à trois mois et à six mois.

Pour le dépistage en postexposition, le dosage du test d'antigène P24 ou un test de la charge virale ne sont pas indiqués.

Une personne exposée qui présenterait des signes cliniques compatibles avec une rétrovirose aiguë en post-exposition devrait être évaluée afin de juger de la nécessité de procéder à un test P24 (ou à un test de la charge virale).

**À six semaines, plus de 80 % des séro-conversions seront détectables par le test anti-VIH**, à trois mois ce sont plus de 90 % et à six mois, la quasi-totalité. Le test à six semaines pourrait être omis si la personne exposée n'est pas très inquiète (source inconnue dans une situation à faible risque), mais il peut être utile pour rassurer les personnes exposées le plus rapidement possible.

**Des séroconversions tardives au VIH (au-delà de six mois)** se sont produites à l'occasion d'expositions à des sources co-infectées au VHC et au VIH lorsque la personne exposée a séroconverti au VHC. Il est donc souhaitable, dans les cas d'exposition à une source co-infectée par le VIH et le VHC et de séroconversion au VHC de la personne exposée, de procéder à un test anti-VIH à douze mois.

## Prophylaxie postexposition

L'efficacité de la prophylaxie postexposition pour le VIH a été démontrée dans le contexte de l'exposition périnatale de même que dans des modèles animaux. Les recommandations prônent l'utilisation d'au moins **deux antirétroviraux** dans la plupart des situations à risque (source à statut VIH inconnu mais à risque, source inconnue mais contexte infectueux à risque), et de **trois** pour certaines expositions plus à risque (source séropositive avec une charge virale élevée ou en présence de risque probable accru (voir l'annexe 5).

## Médication à utiliser en prophylaxie postexposition

En raison de leur grande efficacité dans la réduction de la charge virale, les associations les plus recommandées pour une bithérapie ou une trithérapie sont celles présentées ci-dessous (voir les indications aux annexes 5 et 6).

### Combivir® pour la bithérapie de 28 jours.

Le Combivir®, est une formulation combinant la zidovudine (AZT®, Rétrovir®) 300 mg et la lamivudine (3TC®) 150 mg à dose fixe. Il doit être administré à raison d'un comprimé deux fois par jour. En cas d'intolérance à l'AZT®, la stavudine (D4T® ou Zerit<sup>MD</sup>) peut-être utilisée en remplacement parce que ce produit comporte moins d'effets secondaires gastro-intestinaux tout en conservant la dose de 3TC à 150 mg.

### Combivir® et Kaletra, pour la trithérapie de 28 jours.

L'utilisation du nelfinavir (Viracept®) en trithérapie est largement répandue au Québec, mais de récentes études ont démontré une meilleure tolérance à la coformulation de lopinavir et de ritonavir, (Kaletra®). De plus, les taux de résistance in vitro au nelfinavir étant en augmentation (même si la souche résistante n'est pas celle transmise), **il apparaît prudent de se tourner vers l'utilisation du Kaletra®.**

## Résistance connue à un des médicaments prescrits

Dans les cas où la personne source présente une résistance connue aux médicaments, la recommandation est de consulter un expert pour déterminer la thérapie de la personne exposée (un expert de votre milieu ou à la ligne 1 800 363-4814).

La résistance peut être détectée par le résultat d'un test de résistance déjà disponible au dossier de la personne source ou encore parce que cette personne a un historique d'échec clinique à une thérapie. Compte tenu des délais pour obtenir un résultat, un test de résistance aux antirétroviraux n'est pas recommandé pour la personne source au stade de l'exposition.

## Traitement immédiat en postexposition

**Une exposition professionnelle au VIH doit être considérée comme une urgence médicale.**

Le traitement doit être amorcé le plus rapidement possible après l'exposition : **idéalement, à l'intérieur d'un délai de deux heures.** L'efficacité de la prophylaxie semble diminuer au fur et à mesure que l'on s'éloigne du moment de l'exposition. Rien n'indique qu'il existe un bénéfice de la prophylaxie au-delà de 72 heures après l'exposition. Dans ces cas, on préconise de consulter un expert pour discuter de la décision à prendre quant à une prophylaxie postexposition.

Nonobstant les deux régimes de traitement prophylactique, le comité conseille un seul type de provision de démarrage (« trousse de départ ») de deux à quatre jours, contenant du Combivir® et du Kaletra®, disponible dans les endroits où les services postexposition sont offerts. En effet, puisqu'il est souvent difficile d'obtenir rapidement tous les renseignements nécessaires à l'évaluation du risque que présente une exposition et étant donnée l'impératif d'agir promptement, une trithérapie peut être amorcée d'emblée. La provision de démarrage servira au traitement d'urgence alors que le traitement le plus approprié à long terme pourra être prescrit ultérieurement (ou d'emblée si l'on possède au départ tous les renseignements nécessaires). Il convient de souligner que le Kaletra® a une stabilité de 42 jours à la température de la pièce, et que la

trousse de départ doit être conservée de préférence dans un lieu réfrigéré, si elle n'est pas utilisée dans un court laps de temps.

## Recommandations de prophylaxie par le VIH

Voir les annexe 5 et 6.

## Toxicité et interactions des antirétroviraux

Voir l'annexe 7.

***Veillez aviser les personnes sous prophylaxie anti-VIH de signaler tout effet indésirable et de parler à leur médecin ou pharmacien avant d'utiliser une autre médication avec ou sans ordonnance, vu les risques d'interactions médicamenteuses.***

***Des feuillets d'information sur les antirétroviraux prescrits doivent être donnés aux patients. Ils trouveront ces informations en pharmacie et aux adresses Internet mentionnées au début du guide.***

## Conseils à la personne exposée

Voici les comportements à proposer au patient, pour une période de six mois suivant l'exposition afin d'éviter la transmission de l'infection :

- s'assurer que les méthodes et les instruments de travail sécuritaires sont utilisés comme ils doivent l'être en tout temps ;
- adopter des pratiques sexuelles sécuritaires et utiliser des méthodes barrières ;
- réduire les méfaits liés à la toxicomanie, le cas échéant ; non-partage du matériel de consommation, solutions de rechange à l'injection, abstinence ;
- s'abstenir de donner du sang, du plasma, des organes ou du sperme ;
- ne partager ni brosses à dents, ni rasoirs, ni seringues, comme il se doit en tout temps ;
- autant que possible, éviter la grossesse et l'allaitement.

L'intervenant en charge du suivi veillera à vérifier la perception du patient sur les risques déterminés ainsi que les actions que celui-ci entend entreprendre pour une prise en charge de sa santé dans son milieu personnel et professionnel.

## ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

### Évaluation de l'état psychologique de la personne exposée

L'exposition accidentelle conduit à une situation de crise susceptible de provoquer chez chaque individu un ensemble de réactions psychologiques. Certaines personnes mobiliseront toutes leurs ressources physiques et psychologiques afin d'affronter le choc de l'événement où la possible contamination par une infection causée par le VIH, le VHB ou le VHC.

Il convient cependant de souligner que l'exposition accidentelle est à la fois similaire aux autres situations de crise grave de l'existence, et différente. En effet, dans la majorité des expériences traumatisantes, l'événement en cause, souvent provoqué par un facteur externe, menace la vie de l'individu, survient sans que ce dernier s'y attende, et se situe en dehors des expériences humaines considérées comme normales ou habituelles. Dans le cas des expositions accidentelles, l'événement traumatisant externe (piqûre avec une seringue potentiellement contaminée) devient pour ainsi dire interne (risque d'être contaminé par le VIH, le VHB ou le VHC). La personne doit vivre avec cette crainte jusqu'à ce qu'elle reçoive les résultats de ses tests sanguins. Le choc psychologique peut ainsi durer jusqu'à six mois, voire plus, selon l'individu, ses ressources psychologiques et les autres facteurs de stress auxquels il est exposé dans le même temps. Il importe donc de personnaliser le plan d'intervention psychologique. Les difficultés psychologiques qu'éprouvent les personnes exposées sont généralement liées à deux processus :

- réaction à l'exposition comme telle et au suivi postexposition (incident traumatisant, risque de contamination par un virus potentiellement fatal, effets

indésirables des antirétroviraux, réactions de l'entourage) ;

- exacerbation d'un trouble de santé mentale pré-existant (dépression majeure, abus d'alcool, de drogues ou de médicaments).

***C'est souvent dans les jours ou les semaines qui suivent que les personnes en postexposition éprouveront et manifesteront des symptômes psychologiques avec le plus d'intensité.*** C'est pourquoi il est important d'évaluer ces symptômes à chaque rendez-vous médical. Plus les symptômes psychologiques de l'exposition accidentelle sont aigus, plus il importe de procéder à une intervention rapide.

Nous devons utiliser les indicateurs psychologiques pour orienter les personnes vers des services psychologiques ou psychiatriques pertinents, et ce, tout au long du suivi postexposition. Il convient en outre de diriger rapidement vers les ressources psychologiques appropriées la personne dont les premiers tests sanguins révèlent la présence d'une infection au VIH, au VHB ou au VHC, ou qui subit un processus de séroconversion au cours du suivi postexposition.

Les aspects psychologiques peuvent avoir des répercussions considérables sur la santé globale de la personne en suivi postexposition accidentelle, et sur celle de son entourage, en raison de leur effets potentiels sur l'adhésion au suivi médical (médication, vaccination, antibiothérapie, etc.) et sur les périodes d'incapacité liées à l'exposition. En prenant en compte ces aspects au moment du suivi, on pourra donc contribuer à améliorer la condition générale de la personne. Le suivi psychologique doit être fait en fonction des besoins individuels de chaque personne exposée.

## Indicateurs psychologiques de crise liés à une exposition professionnelle à des liquides biologiques

Les indicateurs psychologiques suivants, fournis par la personne en postexposition, peuvent guider l'orientation vers des services psychologiques ou psychiatriques :

- détérioration de l'état psychologique et difficulté à résoudre la crise provoquée par l'exposition accidentelle et par le suivi postexposition (peur de mourir, peur de contaminer l'entourage, symptômes anxieux, symptômes dépressifs, troubles du sommeil, abus d'alcool, de médicaments ou de drogues) ;
- idées suicidaires ;
- symptômes psychotiques ;
- difficultés d'adhésion au plan de traitement recommandé par l'équipe médicale, entre autres au traitement antirétroviral ;
- difficulté à tolérer les effets indésirables des antirétroviraux ;
- répercussions de l'événement sur la qualité de vie et sur la capacité à retourner travailler ;
- isolement social, difficultés relationnelles ;
- difficulté à s'organiser, à mener à terme les tâches personnelles et professionnelles, à s'occuper de ses besoins de base ;
- troubles de santé mentale comorbides précipités ou exacerbés par l'exposition professionnelle accidentelle et par le suivi postexposition (état de stress aigu, réaction de stress post-traumatique, phobie particulière).

## CONSENTEMENT ET CONFIDENTIALITÉ

### Aspects éthiques et juridiques

Au moment de la prise en charge des personnes exposées accidentellement à du sang et à d'autres liquides biologiques susceptibles de transmettre des infections à diffusion hématogène, il importe de tenir compte de certains aspects de nature éthique et juridique à chacune des étapes du processus, soit de l'évaluation au suivi. Les principes éthiques qui doivent alors guider l'action sont essentiellement le **respect de l'autonomie**, le **respect de la vie privée et de la confidentialité** ainsi que le principe de **bienfaisance et de non-malfaisance**. Voici quelques éléments permettant d'établir les responsabilités de chacun des individus visés par ce guide et quelques principes qui sous-tendent la réflexion.

### Respect de l'autonomie

Ce principe éthique, repris dans le contexte juridique en tant que *droit à l'autodétermination*, implique que toute personne peut décider pour elle-même et que nul ne peut porter atteinte à son intégrité sans son consentement. Dans le présent contexte, cela signifie que les personnes exposées et les personnes sources doivent consentir aux soins, incluant les prélèvements, tests et traitements, et consentir à l'accès à leur dossiers médicaux. Le consentement aux soins implique aussi le droit de les refuser.

Le consentement aux soins est cependant étroitement lié au devoir d'information du médecin quant aux examens et traitements qu'il propose, afin que la personne en arrive à un consentement dit **éclairé**. Ainsi, pour permettre un consentement ou un refus éclairé, le médecin doit informer la personne exposée et la personne source de la prise en charge préconisée dans cette situation, des prélèvements et analyses néces-

saires ainsi que des conséquences des résultats. Par ailleurs, **bien qu'un consentement écrit présente l'avantage de normaliser le processus, légalement, un simple consentement verbal consigné dans une note au dossier à la suite d'un échange d'informations est suffisant.**

La note devra cependant refléter l'ensemble des renseignements transmis ainsi que la compréhension de la personne des enjeux cliniques décrits.

Bien que l'intervention auprès de la personne source puisse être souhaitée pour le bénéfice de la personne exposée, **il ne peut lui être imposé l'administration de tests ou de prélèvements** en raison du droit au consentement ou au refus éclairé aux soins. Toutefois si un test révèle des résultats positifs, la personne ne pourra refuser d'en être informée en raison du risque de transmission de ces infections.

Il faut aborder la discussion sur les avantages et inconvénients de la prophylaxie et sur les conséquences personnelles qu'elle implique auprès des personnes exposées et des personnes sources.

La personne source consentira davantage, si elle est approchée avec tact et informée adéquatement des motifs pour lesquels son consentement à l'accès à son dossier et à un prélèvement sanguin est demandé.

## Respect de la vie privée et de la confidentialité

Le respect de la vie privée est une question de droits : celui d'être libre de toute intrusion ou de tout dérangement. En ce qui a trait à l'information, le respect de la vie privée comprend le droit des personnes de déterminer quand, comment et jusqu'à quel point elles veulent divulguer des renseignements personnels. La confidentialité est une question d'obligations : celle pour une personne de protéger le caractère secret des renseignements personnels d'une autre personne. Ainsi, le patient a le droit au respect de sa vie privée et le médecin a le devoir d'assurer la confidentialité.

Dans les cas d'exposition professionnelle à des liquides biologiques contaminés, le droit à la vie privée et le devoir de confidentialité prennent un sens particulier compte tenu du contexte et de la proximité des personnes en cause.

L'équipe engagée dans le traitement d'un collègue exposé doit appliquer les mêmes règles que pour un patient. Ainsi, tout renseignement obtenu par le professionnel de la santé dans le cadre de sa relation avec la personne exposée est couvert par les règles du secret professionnel. Il faut donc user de prudence dans les discussions avec les collègues à la suite de l'exposition.

Les mêmes mesures s'appliquent à l'égard de la personne source, à qui l'on doit aussi assurer la confidentialité des renseignements qui se rapportent à elle. Cela consiste principalement à prendre les moyens nécessaires pour empêcher la divulgation des résultats de la personne source à la personne exposée.

## Bienfaisance et non malfaisance

Ce principe prescrit de *faire le bien et d'éviter de faire le mal*. La bienfaisance constitue un fondement de la pratique médicale par la relation d'aide à partir de laquelle un médecin agit pour le bien-être et dans l'intérêt de son patient. Cela implique aussi de ne pas nuire au patient, que ce soit d'un point de vue physique, psychologique ou social.

L'un des moyens de mettre en œuvre ces principes est d'assurer un service de conseil (*counselling*) pré et post tests pour la personne exposée et la personne source, ainsi que des mesures de soutien et de suivi aux personnes exposées, à leurs collègues de travail et à leurs familles, le cas échéant.

Enfin, chaque direction d'établissement doit s'interroger sur l'effet de l'application de ces lignes directrices dans son milieu. Au-delà des mesures préconisées dans ce guide pratique, certains milieux jugeront utile de mettre en place des mesures additionnelles, comme :

- l'enseignement et la formation des travailleurs sur les infections transmissibles par le sang et autres liquides biologiques, les attitudes et aptitudes à adopter compte tenu des particularités de la population en cause, les mesures de protection et l'application des lignes directrices ;
- la désignation et la formation de personnel spécialement chargé d'intervenir dans les cas d'expositions professionnelles, de fournir les conseils adéquats et d'agir comme agent de liaison auprès des personnes source ;

- l'amélioration de la formation et du soutien d'experts aux professionnels de la santé chargés de mettre en œuvre les lignes directrices et d'administrer la prophylaxie postexposition ;
- le recours à un réseau d'experts externes pour les établissements n'ayant pas les ressources adéquates ;
- la mise en place de mesures pour protéger la vie privée et la confidentialité (politiques internes, mesures particulières quant à la confidentialité des tests, etc.).

## ASPECTS ORGANISATIONNELS

L'utilité de ce protocole dépend de la possibilité de l'appliquer lorsqu'une exposition à un liquide biologique se produit. Ce document ne prétend pas proposer un modèle type d'organisation. En effet, étant donné la diversité des milieux où une exposition peut se produire, les modalités d'application doivent tenir compte des ressources et des limites de l'environnement. Ainsi, une exposition affectant le personnel d'un centre hospitalier de courte durée pourrait être entièrement prise en charge par le milieu de travail, alors qu'une exposition dans un milieu ambulatoire, comme un cabinet dentaire, ne peut être prise en charge sur place. Il faudra alors recourir à des services de consultation extérieurs (services qui auront été préalablement déterminés). Enfin, certains aspects de l'organisation des services de santé sont propres à chacune des régions sociosanitaires du Québec.

Nous mentionnons les critères à considérer pour une application adéquate du protocole et des éléments de solutions.

### Rapidité d'action

Il faut évaluer la personne exposée et lui administrer le traitement requis idéalement dans les deux heures qui suivent l'exposition; particulièrement lorsqu'un risque de transmission du VIH est suspecté.

#### **Pour ce faire, il faut :**

- promouvoir auprès des milieux de travail visés une déclaration rapide des expositions à une personne responsable ;
- promouvoir auprès des milieux de travail visés la mise au point de procédures systématiques et des mécanismes d'orientation pour la prise en charge et le suivi des travailleurs exposés accidentellement à des liquides biologiques ;
- prévoir des trousse de départ de deux à quatre jours de médication à base de Combivir® et de Kaletra® dans les endroits susceptibles de traiter des cas de prophylaxie postexposition.

## Efficacité

La prise en charge immédiate d'une exposition nécessite une infrastructure minimale : service de consultation médicale, possibilité d'effectuer des prélèvements sanguins et de les faire analyser, possibilité d'administrer les traitements requis (immunoglobulines, vaccins, antirétroviraux). Il faut éviter que la personne exposée reçoive ces services à des moments et des endroits différents. Car cela augmenterait la confusion des protocoles de PPE et les délais d'action, diminuerait la fidélité aux recommandations et accroîtrait les coûts de la prise en charge (transport, visites multiples, etc.). Ces services doivent être assurés en tout temps et dans un endroit physiquement accessible à la personne exposée. Les résultats des tests sanguins de la personne source et de la personne exposée doivent être disponibles le plus rapidement possible afin de cesser le cas échéant, dès que possible la thérapie antirétrovirale de la personne exposée ou de lui recommander l'utilisation de gammaglobulines hyperimmunes B.

Les immunoglobulines hyperimmunes B (HBIG) sont un produit sanguin dont Héma-Québec assure la distribution aux banques de sang des hôpitaux. Pour avoir accès à ce produit au moment voulu, les établissements qui ne possèdent pas de banque de sang doivent établir des modalités d'entente avec un hôpital qui en a une ou avec Héma-Québec.

L'utilisation des antirétroviraux peut être justifiée à la suite de certaines expositions. Toutefois, ces médicaments ne sont pas toujours disponibles dans les pharmacies communautaires, leur coût est élevé (plus de 1 200 \$ pour une trithérapie d'une durée de quatre semaines), et ils doivent être administrés dans les heures qui suivent l'exposition.

### **Pour ce faire, il faut :**

- inventorier les établissements de la région qui possèdent l'infrastructure requise ;
- assurer l'accessibilité à ce type d'établissement sur l'ensemble du territoire en tout temps : de jour, de soir, de nuit, durant les fins de semaine et les jours fériés ;
- prévoir la possibilité d'administrer les antirétroviraux au moment de la consultation ;
- rendre disponible les HBIG et les vaccins contre l'hépatite B : modalités, délais, livraison ;
- assurer l'obtention rapide des résultats des analyses de laboratoire ;
- dresser une liste des pharmacies communautaires qui conservent un inventaire des antirétroviraux pouvant être utilisés ; en l'absence de telles pharmacies facilement accessibles, il s'agira de trouver des solutions de remplacement (envoi rapide à partir d'une pharmacie-ressource).

## Qualité de services

L'application du protocole postexposition ne se limite pas à suivre un algorithme décisionnel rigide. Au contraire, l'interprétation des directives énoncées fait constamment appel au jugement médical. En effet, le protocole est relativement complexe, et plusieurs facteurs doivent être considérés pour estimer les risques. Les recommandations relatives au traitement à appliquer sont en constante évolution. De façon globale, par exemple à l'échelle d'une région, le nombre total d'expositions attendues est relativement élevé. Cependant, pour un professionnel de la santé, le nombre de consultations annuelles relatives à la PPE des personnes exposées peut être très faible, et sera généralement insuffisant pour le maintien de l'expertise. Il en est de même pour les soins donnés par les infirmières, les psychologues et les autres professionnels de l'équipe de soins de PPE. Dans cette perspective, **le développement de l'expertise est un élément clé pour assurer la qualité de l'acte médical.**

### ***Pour ce faire, il faut :***

- diriger les personnes exposées vers les ressources adéquates afin d'établir une masse critique favorisant l'acquisition et le développement de l'expertise ;
- mettre en place un soutien de deuxième ou troisième ligne facilement accessible à l'ensemble des professionnels de la santé qui pourrait, le cas échéant, pallier en partie la difficulté des médecins de première ligne à maintenir leur expertise dans ce domaine précis. La ligne 1 800 363-4814 peut être mise à contribution pour cette action ;
- mettre en place des activités de formation continue sur la PPE ; à cet égard, le Programme national de mentorat sur le VIH-Sida offre des stages en milieu spécialisé ou dans le milieu de travail du professionnel de la santé qui en fait la demande ;
- fournir des outils facilitant la collecte de l'information (anamnèse), l'évaluation du risque, la détermination du traitement adéquat, le counselling auprès de la personne source et de la personne exposée ainsi que le suivi du travailleur exposé. Le site Internet de l'Assistant virtuel en PPE ( [www.cmeonhiv.com](http://www.cmeonhiv.com) ) en est un exemple et les annexes du présent document.

## Continuité

La prise en charge d'une exposition significative ne se limite pas à une intervention ponctuelle. Un suivi de la personne exposée doit être assuré afin d'identifier les effets secondaires, de renforcer la fidélité au traitement antirétroviral et de vérifier par l'examen clinique et les tests sérologiques l'apparition éventuelle d'infection contractée à la suite de l'événement. Chaque visite devrait servir à évaluer l'état psychologique de la personne exposée, pour offrir une aide rapide à la personne en détresse.

### ***Pour ce faire, il faut :***

- sensibiliser les milieux de travail et les professionnels de la santé à l'importance du suivi des personnes exposées;
- désigner des professionnels de la santé prêts à s'engager dans le suivi et le traitement des travailleurs exposés;
- mettre sur pied un système de relance des personnes exposées;
- inscrire au programme des visites l'évaluation psychologique des personnes exposées.

## Annexe 1

## Risque de transmission des virus selon le type d'exposition

	VHB	VHC	VIH
<b>Piqûre</b>	<b>2 % – 40 %</b>	<b>1,8 %</b>	<b>0,32 %</b>
<b>Muqueuse et sang</b>	<b>Risque pour le VHB plus grand que pour le VIH</b>	<b>Rare</b>	<b>0,03 % - 0,09 %</b>
<b>Peau non saine et sang</b>	<b>Risque pour le VHB plus grand que le risque pour le VIH et le VHC</b>	<b>Probablement nul</b>	<b>&lt; 0,09 %</b>
<b>Morsure</b>	<b>Présent</b>	<b>Présent</b> (si sang dans la bouche de l'agresseur)	<b>Présent</b> (si sang dans la bouche de l'agresseur)
<b>Partage de matériel d'injection</b>	<b>40%</b>	<b>Risque pour le VHC plus grand que pour le VIH</b>	<b>0,67 %</b>

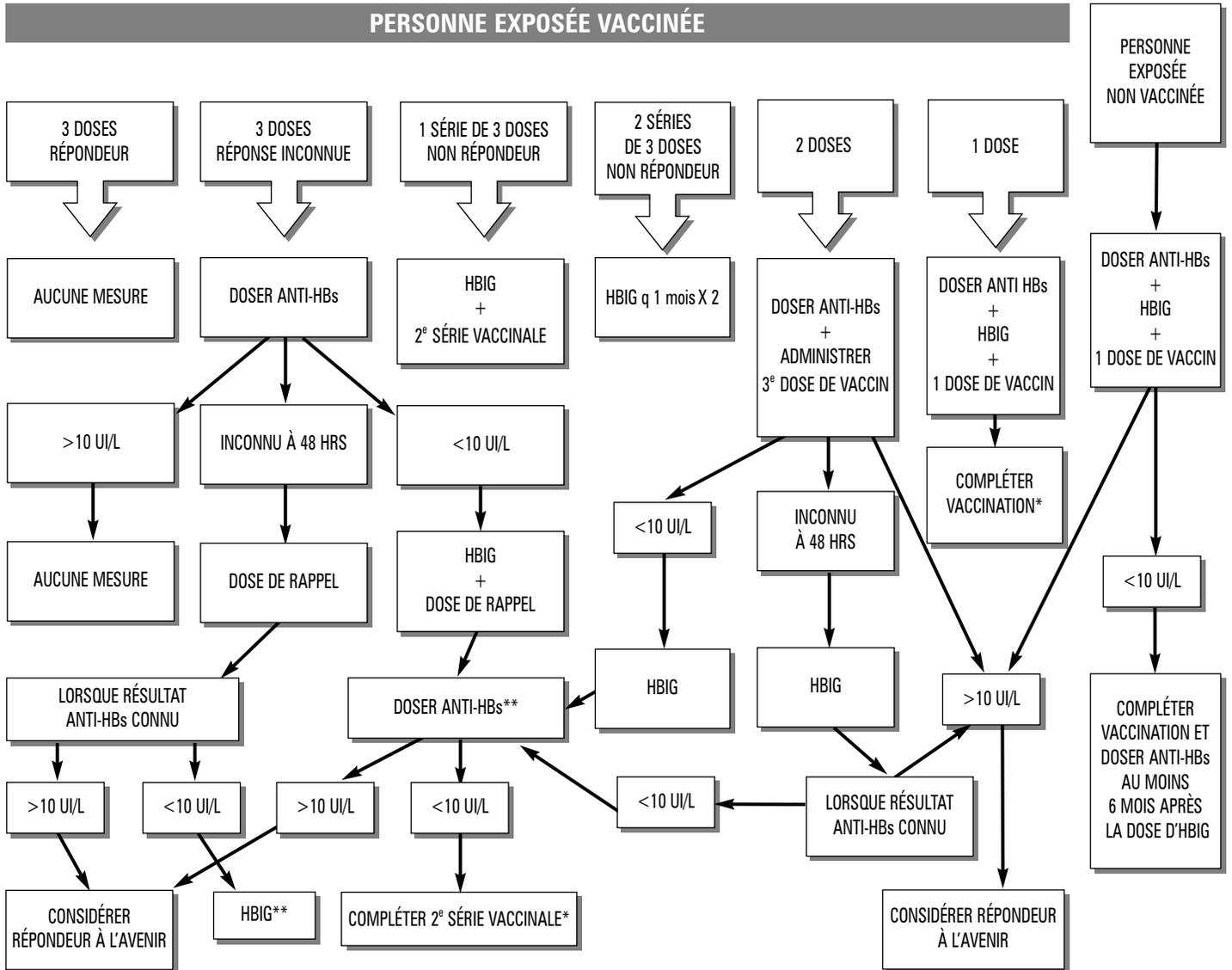
**Annexe 2****Suivi sérologique des trois virus**

**Si source positive ou à haut risque  
Moment de réalisation des tests pour déceler la séroconversion**

		<b>Temps 0</b>	<b>6 semaines</b>	<b>3 mois</b>	<b>6 mois</b>
<b>VIH</b>	<b>Anti-VIH</b>	X	X	X	X
<b>VHB</b>	<b>Anti-HBs</b>	X		X	X
	<b>HBs-Ag</b>	X		X	X
<b>VHC</b>	<b>Anti-VHC</b>	X		X	X
	<b>ALT</b>	X		X	X

Au fur et à mesure de l'entrée de nouvelles données (laboratoire, information, source,...) à nouveau reportez-vous à l'algorithme.

30



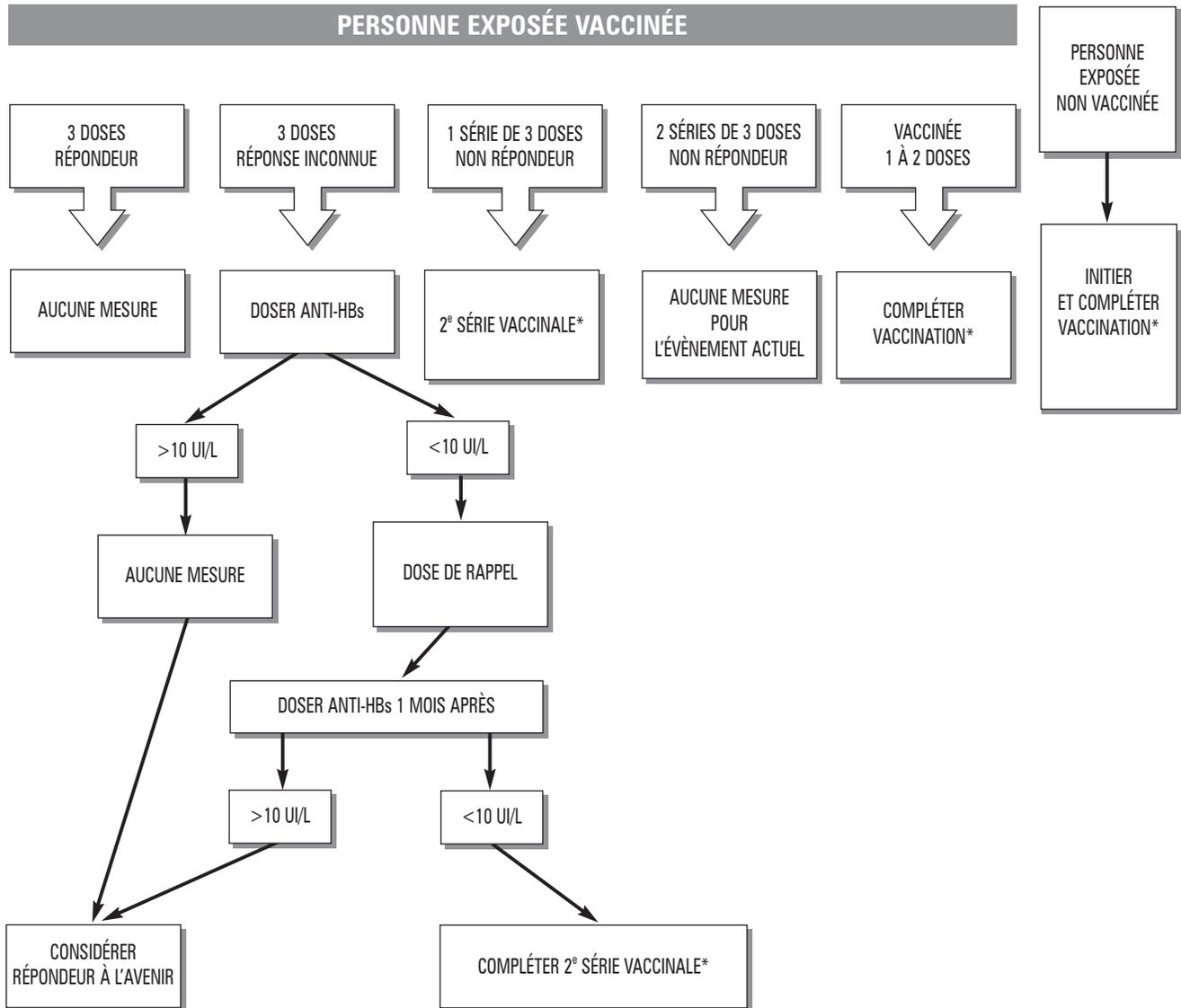
\* Une vaccination complétée signifie qu'un dosage anti-HBs est fait un mois après la dernière dose de vaccin afin de déterminer si le patient est répondeur ou non répondeur à la vaccination.

\*\* Doser anti-HBs 6 mois plus tard et suivre le protocole selon les résultats .

Annexe 4

Algorithme pour la source non infectée (HBsAg-) ou à faible risque

Au fur et à mesure de l'entrée de nouvelles données (laboratoire, information, source,...) à nouveau reportez-vous à l'algorithme.



\* Une vaccination complétée signifie qu'un dosage anti-HBs est fait un mois après la dernière dose de vaccin afin de déterminer si le patient est répondeur ou non répondeur à la vaccination.

## Recommandations de prophylaxie VIH POUR DES EXPOSITIONS PERCUTANÉES

Statut de la source					
	<b>VIH-positif classe 1</b> < 1 500 copies / ml	<b>VIH-positif classe 2</b> > 1 500 copies / ml	<b>Statut VIH inconnu</b> Source non testée ou résultat non disponible	<b>Source inconnue</b> Liquide d'origine non connue et non testé	<b>VIH négatif</b>
Risque de transmission <b>non accru</b>	Recommander une bithérapie	Recommander une trithérapie	Généralement, PPE non justifiée. Considérer une bithérapie pour une source avec des facteurs de risque au VIH	Généralement, PPE non justifiée. Une bithérapie pourrait être décidée conjointe- ment entre le médecin et la per- sonne exposée <sup>1</sup>	PPE non justifiée <sup>2</sup>
Risque de trans- mission <b>accru</b>	Recommander une trithérapie	Recommander une trithérapie	Généralement, PPE non justifiée. Considérer une bithérapie pour une source avec des facteurs de risque au VIH	Généralement, PPE non justifiée. Une bithérapie pourrait être décidée conjointe- ment entre le médecin et la per- sonne exposée <sup>1</sup>	PPE non justifiée <sup>2</sup>

1. La PPE doit être interrompue advenant un résultat négatif de l'anti-VIH.

2. S'il y a lieu, prendre en considération la possibilité d'une période fenêtre.

## Recommandation de prophylaxie VIH POUR DES EXPOSITIONS SUR UNE MUQUEUSE ET UNE PEAU NON SAINES

Statut de la source					
	<b>VIH-positif classe 1</b> < 1 500 copies / ml	<b>VIH-positif classe 2</b> > 1 500 copies / ml	<b>Statut VIH inconnu</b>	<b>Source inconnue</b>	<b>VIH négatif</b>
<b>Petite surface</b>	Recommander une bithérapie	Recommander une bithérapie	Généralement, PPE non justifiée.	Généralement, PPE non justifiée.	PPE non justifiée
<b>Grande surface</b>	Recommander une bithérapie	Recommander une trithérapie	Généralement, PPE non justifiée. Si l'exposition à une personne infectée au VIH est probable, une bithérapie pourrait être décidée conjointement entre le médecin et la personne exposée	Généralement, PPE non justifiée. Une bithérapie pourrait être décidée conjointement entre le médecin et la personne exposée	PPE non justifiée

## Choix d'antirétroviraux INHIBITEURS NUCLÉOSIDES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (INTI)

<b>Combivir<sup>MD</sup></b> <b>Zidovudine (ZDV, AZT)</b> + <b>Lamivudine (3TC)<sup>MD</sup></b>	<b>Posologie adulte</b>	<b>1 co po bid</b> La Lamivudine nécessite un ajustement en présence d'une fonction rénale altérée. Voir Lamivudine. La Zidovudine doit être ajustée seulement lorsque la clairance rénale est inférieure à 10mL/min.
	<b>Effets indésirables</b>	<b>Fatigue, myalgies, douleurs abdominales, nausées céphalée, insomnie, myopathie, pigmentation de la peau et des ongles, anémie/neutropénique, macrocytose.</b>
	<b>Particularités</b>	<b>Ne pas associer avec stavudine (d4T) Zerit : effet antagoniste. Le Combivir<sup>MD</sup> généralement conservé à la température ambiante peut également être conservé avec le Kaletra<sup>MD</sup> au réfrigérateur, le cas échéant, pour les trousses de départ en cas d'exposition professionnelle au VIH.</b>
	<b>Femme enceinte</b>	<b>Catégorie C : Risques documentés dans les études animales. Le médicament doit être utilisé avec prudence.</b>

<b>Lamivudine 3TC<sup>MD</sup></b>		<b>Cl créatinine (mL/min)</b>	<b>Posologie</b>
<b>Posologie adulte</b>	150 mg po bid ou 300 mg die. Nécessite un ajustement en présence d'une fonction rénale altérée.	> 50	150 mg bid ou 300 mg die
		30-49	150 mg die
		15-29	150 mg (1 dose) suivi 100 mg die
		5-14	150 mg (1 dose) suivi 50 mg die
<b>Effets indésirables</b>	<b>Généralement bien tolérée Fatigue, nausées, anémie/neutropénie (lorsque combinée à la zidovudine), pancréatite (surtout chez les enfants), neuropathie périphérique (rare).</b>		
<b>Particularités</b>	<b>Disponible en solution orale. Ne pas utiliser avec la zalcitabine (ddC) : effet antagoniste.</b>		
<b>Femme enceinte</b>	<b>Catégorie C : Risques documentés dans les études animales. Le médicament doit être utilisé avec prudence.</b>		

Stavudine (d4T) Zerit <sup>MD</sup>	Posologie adulte	≥ 60kg : 40 mg po bid	CI creat (mL/min)	Posologie	
				> 60 kg	< 60 kg
		< 60kg : 30 mg po bid Nécessite un ajustement en présence d'une fonction rénale altérée.	> 50	40 mg bid	30 mg bid
			26-49	20 mg bid	15 mg bid
			10-25	20 mg die	15 mg die
<b>Effets indésir- ables</b>	<b>Neuropathie périphérique, pancréatite, augmentation des transaminases (hépatite), lipoatrophie (plus importante avec la stavudine qu'avec les autres INTI), ↑ triglycérides.</b>				
<b>Particularités</b>	<b>Ne pas utiliser avec la zidovudine (AZT, ZDV) retrovir<sup>MD</sup>: effet antagoniste. Avec la didanosine (ddl) Videx : risque augmenté de toxicité mitochondriale. Utiliser avec prudence. Association contre-indiquée chez la femme enceinte.</b>				
<b>Femme enceinte</b>	<b>Catégorie C : Risques documentés dans les études animales. Le médicament doit être utilisé avec prudence.</b>				

<b>Kaletra<sup>MD</sup></b> <b>Lopinavir/r</b> <b>(LPV/r)</b>	<b>Posologie adulte</b>	<b>400 mg Lopinavir/100 mg ritonavir, 3 caps po bid.</b> Augmentation de 48 % la SSC avec nourriture modérément riche en gras. (Avec éfavirenz et névirapine : ↑ dose de Kaletra <sup>MD</sup> à 4 caps po bid).
	<b>Effets indésirables</b>	<b>Effets gastro-intestinaux (GI) : diarrhée, nausées, flatulences, dysgueusie, paresthésie péri-buccale, augmentation possible des transaminases.</b>
	<b>Particularités</b>	<b>Conserver au réfrigérateur (2 à 8 °C). Peut-être conservé 42 jours hors frigo si la température est inférieure à 25 °C.</b>
	<b>Interactions multiples</b>	Substrat du CYP3A4 > 2D6, inhibiteur 3A4 (puissant) > 2D6 et inducteur UDP-GT.
	<b>Femme enceinte</b>	<b>Catégorie C : Risques documentés dans les études animales. Le médicament doit être utilisé avec prudence.</b>

<b>Nelfinavir</b> <b>(NFV)</b> <b>Viracept<sup>MD</sup></b>	<b>Posologie adulte</b>	<b>1 250 mg bid avec nourriture (au moins 500 calories).</b> La prise de nourriture augmente la biodisponibilité du nelfinavir de 2-3 fois.
	<b>Effets indésirables</b>	<b>Effets GI : diarrhée, nausées, flatulences, dysgueusie, augmentation possible des transaminases.</b>
	<b>Particularités</b>	<b>Les comprimés peuvent être dissous dans l'eau et mélangés avec du lait, pouding ou crème glacée. Ne pas dissoudre ou prendre avec jus d'orange, jus de pomme, compote de pomme ou autres aliments acides. → goût amer</b>
	<b>Interactions multiples</b>	Substrat 3A4, 2C9,2C19, 2D6, inhibiteur CYP3A4, 2B6 et inducteur UDP-GT.
	<b>Femme enceinte</b>	<b>Catégorie B : L'innocuité chez la femme enceinte n'a pas été évaluée. De plus, les études animales n'ont pas été faites ou elles ont démontré un risque pour le fœtus. Le médicament devrait être utilisé seulement si les bénéfices sont supérieurs aux risques.</b>

**Outils de travail  
du Centre de référence de prophylaxie  
postexposition professionnelle  
aux liquides biologiques de Montréal**

Hôpital Saint-Luc du CHUM

**PROTOCOLE  
PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION  
(PPE)  
PROFESSIONNELLE AUX  
LIQUIDES BIOLOGIQUES**



NO.SEQUENTIEL

--	--	--	--	--	--	--	--

**SECTION A: OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE**

**INCIDENT SURVENU LE**

	ANNÉE	MOIS	JOUR	:	HEURE
--	-------	------	------	---	-------

**DESCRIPTION  
DU SITE**

---



---



---



---

VACCINATION	SITE	HEURE
VACCIN HÉPATITE B		
HBIg 5 ml i/m		
D <sub>2</sub> T <sub>5</sub> 0,5 ml		

LABORATOIRE	COCHER ✓	ET INDIQUER L'HEURE
FSC		
BUN		
CRÉATININE		
AST		
ALT		
BILIRUBINE TOTALE		
GLYCÉMIE		
AMYLASE		
ANTI-HBs		
ANTI-VIH		
ANTI-HCV		
HbsAg		



# FICHE DE SUIVI

## PROTOCOLE PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION (PPE) PROFESSIONNELLE AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES

NO.SUQUENTIEL

--	--	--	--	--	--	--	--

### SECTION B: CONSULTATION

**CSST** →

OUI

NON

CODE POSTAL \_\_\_\_\_

INSCRIPTION À  
L'URGENCE →

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

:  
\_\_\_\_\_

### SECTION C: INFORMATIONS CONCERNANT L'EXPOSITION

#### TYPE D'EXPOSITION

- PERCUTANÉE ET MUCO-CUTANÉE
- PERCUTANÉE
- MUCO-CUTANÉE
- MORSURE

#### SITUATION

- SEXUELLE
- RELIÉE AU TRAVAIL
- AGRESSION
- PARTAGE UDI
- NON RELIÉE AU TRAVAIL

PRÉCISEZ LE TITRE D'EMPLOI: \_\_\_\_\_

VILLE DE L'EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

NOM DE L'EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

#### LIEU OÙ EST SURVENUE L'EXPOSITION

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> CLSC                | <input type="radio"/> CHSLD                   |
| <input type="radio"/> CHSCD               | <input type="radio"/> POSTE DE POLICE         |
| <input type="radio"/> CLINIQUE MÉDICALE   | <input type="radio"/> AUTOBUS                 |
| <input type="radio"/> CABINET DENTAIRE    | <input type="radio"/> AMBULANCE               |
| <input type="radio"/> ÉCOLE               | <input type="radio"/> MÉTRO                   |
| <input type="radio"/> GARDERIE            | <input type="radio"/> RESTAURANT              |
| <input type="radio"/> VOITURE DE POLICE   | <input type="radio"/> DOMICILE                |
| <input type="radio"/> CENTRE DE DÉTENTION | <input type="radio"/> PHARMACIE               |
| <input type="radio"/> PARC                | <input type="radio"/> PALAIS DE JUSTICE       |
| <input type="radio"/> RUE                 | <input type="radio"/> CENTRE DE CONVALESCENCE |
| <input type="radio"/> AUTRE: _____        |   |

#### PRÉCISEZ ENDROIT ET CIRCONSTANCE

-----
-----
-----
-----
-----
-----
-----
-----
-----
-----

# LIQUIDE BIOLOGIQUE IMPLIQUÉ

Cochez case(s) appropriée(s)

- SANG
- SPERME
- SÉCRÉTIONS VAGINALES
- SALIVE
- AUTRE LIQUIDE

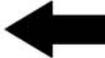


SPÉCIFIEZ, TEINTÉ DE SANG  OUI  NON  NSP



\_\_\_\_\_

INCONNU



## EXPOSITION PERCUTANÉE

SOURCE DE L'EXPOSITION	<input type="radio"/> DENTS: _____ <input type="radio"/> AIGUILLE, PRÉCISEZ: _____ <input type="radio"/> OBJET TRANCHANT, PRÉCISEZ: _____
L'OBJET EN CAUSE	<input type="radio"/> ÉTAIT VISIBLEMENT SOUILLÉ DE SANG <input type="radio"/> PROVENAIT DIRECTEMENT D'UN VAISSEAU SANGUIN <input type="radio"/> AVAIT SERVI AUPRÈS D'UN PATIENT MAIS PAS DE SANG VISIBLE SUR L'OBJET <input type="radio"/> INCONNU <input type="radio"/> NE S'APPLIQUE PAS
PROFONDEUR DE LA BLESSURE	<input type="radio"/> SUPERFICIELLE (ÉGRATIGNURE SANS SAIGNEMENT) <input type="radio"/> MODÉRÉE (EFFRACTION DE LA PEAU AVEC SAIGNEMENT) <input type="radio"/> PROFONDE (PIQÛRE PROFONDE, COUPURE AVEC OU SANS SAIGNEMENT) <input type="radio"/> INCONNUE
BARRIÈRES PHYSIQUES	<p style="text-align: center;">VÊTEMENTS    <input type="radio"/> OUI                      <input type="radio"/> NON                      <input type="radio"/> NSP</p> <p style="text-align: center;">GANTS        <input type="radio"/> OUI                      <input type="radio"/> NON                      <input type="radio"/> NSP</p> <p style="text-align: center;">LUNETTES    <input type="radio"/> OUI                      <input type="radio"/> NON                      <input type="radio"/> NSP</p> <p>AUTRES, PRÉCISEZ: _____</p>

## AUTRES INFORMATIONS RELIÉES À L'EXPOSITION

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

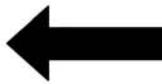
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# EXPOSITION MUCO-CUTANÉE

<p><b>QUANTITÉ DE LIQUIDE BIOLOGIQUE EN CONTACT AVEC LA PEAU NON SAINES OU LA MUQUEUSE</b></p>	<p><input type="radio"/> INCONNUE</p> <p><input type="radio"/> QUELQUES GOUTTES</p> <p><input type="radio"/> PETITE QUANTITÉ (+ &lt; OU = À 5 ML-1 C. À THÉ)</p> <p><input type="radio"/> QUANTITÉ MOYENNE (+ &lt; OU = À 50 ML – _ TASSE)</p> <p><input type="radio"/> QUANTITÉ IMPORTANTE (&gt; 50 ML)</p>
<p><b>DURÉE DE CONTACT</b></p>	<p><input type="radio"/> MOINS DE 1 MINUTE</p> <p><input type="radio"/> DE 1 À MOINS DE 5 MINUTES</p> <p><input type="radio"/> DE 5 À MOINS DE 15 MINUTES</p> <p><input type="radio"/> DE 15 À MOINS DE 60 MINUTES</p> <p><input type="radio"/> 60 MINUTES OU PLUS</p> <p><input type="radio"/> INCONNUE</p>
<p><b>EN CAS D'ÉCLABOUSSURE OU DE CONTACT SUR UNE PLAIE, QUELLE ÉTAIT LA TAILLE DE LA SURFACE TOUCHÉE?</b></p>	<p><input type="radio"/> MOINS DE 1 CM<sup>2</sup></p> <p><input type="radio"/> MOINS DE 1 CM<sup>2</sup> À &lt; 5 CM<sup>2</sup></p> <p><input type="radio"/> 5 CM<sup>2</sup> OU PLUS</p> <p><input type="radio"/> INCONNUE</p> <p><input type="radio"/> NE S'APPLIQUE PAS</p>
<p><b>BARRIÈRES PHYSIQUES</b></p>	<p>VÊTEMENTS    <input type="radio"/> OUI    <input type="radio"/> NON    <input type="radio"/> NSP</p> <p>GANTS        <input type="radio"/> OUI    <input type="radio"/> NON    <input type="radio"/> NSP</p> <p>LUNETTES    <input type="radio"/> OUI    <input type="radio"/> NON    <input type="radio"/> NSP</p> <p>AUTRES, PRÉCISEZ:</p>

## AUTRES INFORMATIONS RELIÉES À L'EXPOSITION

- MUQUEUSE                       PEAU NON SAINES                       PEAU SAINES

### EXPLIQUEZ

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## **SECTION E: SUIVI DE LA PERSONNE QUI PREND DES ANTIRÉTROVIRAUX**

<b>ANTIRÉTROVIRAUX</b>	<input type="radio"/> REFUSÉ PAR PATIENT <input type="radio"/> NON INDIQUÉ RAISON : _____							
	<b>DÉBUT</b>				<b>FIN</b>			
	HEURE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	
COMBIVIR								
KALÉTRA								
NELFINAVIR								
3TC								
d4T								
INDINAVIR								
	<b>COMPLÉTÉ 4 SEMAINES</b> <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON 							
	RAISON: _____							

## **SECTION F: SUIVI SÉROLOGIQUE DE LA PERSONNE EXPOSÉE**

ANALYSES	0	7 jours	2 sem.	4 sem.	6 sem.	3 mois	5 mois	6 mois	12 mois
							Vaccin ?		
FSC	X		X	X	*				
BUN	X		X	X	*				
Créatinine	X		X	X	*				
AST	X		X	X	*				
ALT	X		X	X	*	X		X	
Bili totale	X		X	X	*				
Glycémie	X		X	X	*				
Amylase	X		X	X	*				
HbsAg	X					X		X	
Anti-HBs	X							X	
Anti-HCV	X					X		X	
Anti-VIH	X				X	X		X	X

\* Si anormal à 28 jours

➡ À 7 mois, contrôle de la réponse au Vaccin B

➡ À 12 mois, faire Anti-VIH si la personne exposée a séro-converti au VHC

## BILAN HÉMATOLOGIQUE SUIVI ANTIRÉTROVIRAUX

<u>Légende</u>	DÉBUT			2 semaines			4 semaines			6 semaines		
	Date:			Date:			Date:			Date:		
	N	AN	NF	N	AN	NF	N	AN	NF	N	AN	NF
Glycémie												
Urée/BUN												
Créatinine												
Bilirubine												
AST												
ALT												
Amylase												
G. Blancs												
HB												
Plaquettes												



# FICHE DE SUIVI

**PROTOCOLE  
PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION  
(PPE)  
PROFESSIONNELLE AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES  
SECTION G**

Identification de la personne exposée

NO.SÉQUENTIEL

--	--	--	--	--	--	--	--

## SECTION G: RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE SOURCE

**LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS  
DANS CETTE SECTION NE PEUVENT  
EN AUCUN TEMPS  
ÊTRE TRANSMIS À AUCUNE PERSONNE  
SAUF UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ DU CHUM**

### DÉMARCHE EFFECTUÉE AUPRÈS DE LA PERSONNE SOURCE

- SOURCE CONNUE
  SOURCE INCONNUE

LA PERSONNE N'EST PAS TESTÉE:  
RAISON ➔

---



---



---

### DONNÉES SÉROLOGIQUES DISPONIBLES SUR LA PERSONNE-SOURCE

PATHOGÈNE	TEST	RÉSULTAT	DATE DU RÉSULTAT LE PLUS RÉCENT		
			JOUR	MOIS	ANNÉE
HÉPATITE B	HB <sub>s</sub> AG				
	HB <sub>e</sub> AG				
HÉPATITE C	ALT				
	ANTI VHC				
VIH	ANTI VIH				
	CHARGE VIRALE				

# QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL POUR LA RECHERCHE DE FACTEURS DE RISQUE AUPRÈS DE LA PERSONNE SOURCE

**LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS  
DANS CETTE SECTION NE PEUVENT  
EN AUCUN TEMPS  
ÊTRE TRANSMIS À AUCUNE PERSONNE  
SAUF UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ DU CHUM**

## FACTEURS DE RISQUE

	OUI	NON	?		Si oui, en quelle année?
1. Avez-vous reçu une transfusion sanguine ou des produits sanguins au cours d'une période à risque? (VIH 1978 à 1985, VHC < 1990)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2. Avez-vous déjà subi des traitements d'hémodialyse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3. Avez-vous déjà fait?:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jaunisse	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hépatite B	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hépatite C	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Syphilis	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gonorrhée	_____
<input type="radio"/> Une autre MTS? _____ Laquelle? _____					
4. Avez-vous déjà subi?:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tatouage	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Body piercing	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acupuncture	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Électrolyse	_____
5. Avez-vous déjà eu un partenaire sexuel à risque d'être infecté par?:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hépatite B	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIH (sida)	_____
<input type="radio"/> Autres: _____ Précisez l'infection _____					
6. Depuis 1 an, combien de contacts sexuels non protégés avez-vous eu?					
7. Avez-vous déjà eu un partenaire sexuel qui avait déjà utilisé des drogues par injection?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
8. Avez-vous déjà utilisé des drogues par injection?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
9. Avez-vous déjà fait un partage de paille nasale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
10. Avez-vous déjà fait un partage de seringues ou de matériel d'injection? _____ Si oui, à quand remonte la dernière injection?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
11. Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé dans le domaine de la santé ou dans une institution pour déficients intellectuels? _____ Si oui, laquelle et depuis quand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
12. Êtes-vous né(e) au Canada? Si non, dans quel pays êtes-vous né(e)? _____ Si non, êtes-vous originaire d'un pays endémique _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
13. Avez-vous eu des contacts familiaux étroits de personnes infectées par le VIH, le VHB ou le VHC?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
14. Avez-vous fait un séjour dans un milieu carcéral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
15. Avez-vous subi une exposition professionnelle à des liquides biologiques avec un suivi non terminé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
16. Avec un facteur de risque?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
17. Depuis les 6 derniers mois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Avez-vous fait de la fièvre (> 38°C) avec fatigue intense?	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Avez-vous fait un rash cutané? (rougeur de la peau)	_____

**LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS  
DANS CETTE SECTION NE PEUVENT  
EN AUCUN TEMPS  
ÊTRE TRANSMIS À AUCUNE PERSONNE  
SAUF UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ DU CHUM**

<p>DANS LE CAS D'UNE PERSONNE SOURCE CONNUE HIV +</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%; vertical-align: top;"> <p>MÉDICAMENTS PRIS</p> <p>AUTRE(S) PRÉCISEZ _____</p> </td> <td style="width: 5%; text-align: center; vertical-align: middle;"> <p style="font-size: 2em;">}</p> </td> <td style="width: 50%; padding-left: 10px;"> <p><input type="radio"/> AZT</p> <p><input type="radio"/> D4T</p> <p><input type="radio"/> 3 TC (LAMIVUDINE)</p> <p><input type="radio"/> INDINAVIR</p> <p><input type="radio"/> NELFINAVIR</p> <p><input type="radio"/> AUCUN</p> <p><input type="radio"/> NE SAIT PAS</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right; padding-right: 20px;"> <p>OUI      NON</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding-top: 10px;"> <p>PRÉSENCE DE SYMPTÔMES?    <input type="radio"/>      <input type="radio"/></p> <p>CHARGE VIRALE?                <input type="radio"/>      <input type="radio"/></p> </td> </tr> </table>	<p>MÉDICAMENTS PRIS</p> <p>AUTRE(S) PRÉCISEZ _____</p>	<p style="font-size: 2em;">}</p>	<p><input type="radio"/> AZT</p> <p><input type="radio"/> D4T</p> <p><input type="radio"/> 3 TC (LAMIVUDINE)</p> <p><input type="radio"/> INDINAVIR</p> <p><input type="radio"/> NELFINAVIR</p> <p><input type="radio"/> AUCUN</p> <p><input type="radio"/> NE SAIT PAS</p>	<p>OUI      NON</p>			<p>PRÉSENCE DE SYMPTÔMES?    <input type="radio"/>      <input type="radio"/></p> <p>CHARGE VIRALE?                <input type="radio"/>      <input type="radio"/></p>		
<p>MÉDICAMENTS PRIS</p> <p>AUTRE(S) PRÉCISEZ _____</p>	<p style="font-size: 2em;">}</p>	<p><input type="radio"/> AZT</p> <p><input type="radio"/> D4T</p> <p><input type="radio"/> 3 TC (LAMIVUDINE)</p> <p><input type="radio"/> INDINAVIR</p> <p><input type="radio"/> NELFINAVIR</p> <p><input type="radio"/> AUCUN</p> <p><input type="radio"/> NE SAIT PAS</p>								
<p>OUI      NON</p>										
<p>PRÉSENCE DE SYMPTÔMES?    <input type="radio"/>      <input type="radio"/></p> <p>CHARGE VIRALE?                <input type="radio"/>      <input type="radio"/></p>										

<p>(      )</p>		
<p>NOM DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR</p>	<p>CODE</p>	<p>TÉLÉPHONE</p>
<p>ADRESSE</p>	<p>CODE POSTAL</p>	

Source : Centre de référence de PPE professionnelle aux liquides biologiques de Montréal.

## QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL POUR LA RECHERCHE DE FACTEURS DE RISQUE AUPRÈS DE LA PERSONNE SOURCE

**NOM:** \_\_\_\_\_

**Comme il existe une fenêtre sérologique où la personne peut être contagieuse pour le VHB, le VHC ou le VIH sans le savoir, il serait souhaitable de vérifier auprès de la personne source les facteurs de risque suivants:**

**L'entrevue doit se faire sur une base volontaire et en toute confidentialité.**

	OUI	NON	?		Si oui, en quelle année?
1. Avez-vous reçu une transfusion sanguine ou des produits sanguins au cours d'une période à risque? (VIH 1978 à 1985, VHC < 1990)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2. Avez-vous déjà subi des traitements d'hémodialyse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3. Avez-vous déjà fait?:	Jaunisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	Hépatite B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	Hépatite C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	Syphilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	Gonorrhée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> Une autre MTS? _____ Laquelle?					_____
4. Avez-vous déjà subi?:	Tatouage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	Body piercing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	Acupuncture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	Électrolyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. Avez-vous déjà eu un partenaire sexuel à risque d'être infecté par?:	Hépatite B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	VIH (sida)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/> Autres: _____ Précisez l'infection					_____
6. Depuis 1 an, combien de contacts sexuels non protégés avez-vous eu?					_____
7. Avez-vous déjà eu un partenaire sexuel qui avait déjà utilisé des drogues par injection?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
8. Avez-vous déjà utilisé des drogues par injection?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
9. Avez-vous déjà fait un partage de paille nasale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
10. Avez-vous déjà fait un partage de seringues ou de matériel d'injection?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Si oui, à quand remonte la dernière injection?				_____
11. Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé dans le domaine de la santé ou dans une institution pour déficients intellectuels?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Si oui, laquelle et depuis quand?				_____
12. Êtes-vous né(e) au Canada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Si non, dans quel pays êtes-vous né(e)? _____ Si non, êtes-vous originaire d'un pays endémique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13. Avez-vous eu des contacts familiaux étroits de personnes infectées par le VIH, le VHB ou le VHC?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
14. Avez-vous fait un séjour dans un milieu carcéral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
15. Avez-vous subi une exposition professionnelle à des liquides biologiques avec un suivi non terminé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
16. Avec un facteur de risque?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
17. Depuis les 6 derniers mois	Avez-vous fait de la fièvre (> 38°C) avec fatigue intense?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Avez-vous fait un rash cutané? (rougeur de la peau)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature

# PERSONNE-EXPOSÉE

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



### INFORMATION

Vous avez été exposé accidentellement à un liquide biologique d'une autre personne. Comme on ne peut exclure la possibilité d'une contamination, nous vous demandons de vous soumettre à des prélèvements sanguins pour les raisons suivantes:

1. Établir votre statut quant à l'infection par le VIH (sida) et aux hépatites B et C antérieurement à cette exposition accidentelle.
2. Déterminer le suivi médical et les traitements appropriés à votre condition.
3. En acceptant de subir les prélèvements sanguins, vous acceptez que les résultats soient transmis à la Direction de la santé publique dans l'éventualité d'un résultat positif, car ces maladies sont à déclaration obligatoire.

### CONSENTEMENT

On m'a expliqué les raisons pour lesquelles on me demande de subir des prélèvements sanguins pour le dépistage du VIH (sida), de l'hépatite B et de l'hépatite C.

#### AUX PRÉLÈVEMENTS SANGUINS

- J'accepte qu'on procède aux prélèvements sanguins pour la détection d'une infection au VIH, à l'hépatite B et à l'hépatite C.
- Je refuse tout prélèvement.

### ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

En signant ce formulaire de consentement, je m'engage également à respecter la confidentialité des résultats de la personne source. Ces derniers ne me seront pas donnés explicitement mais je pourrais les déduire en fonction du suivi qui me sera recommandé quant au traitement préventif.

Advenant, que je déduise des résultats de la personne source, je m'engage à ne divulguer à personne ces informations.

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

# PERSONNE-SOURCE

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

### INFORMATION

Une personne a été exposée accidentellement à un de vos liquides biologiques. Compte tenu qu'on ne peut exclure la possibilité d'une contamination, cette personne devra débiter un traitement préventif et avoir un suivi de son état de santé. Ce traitement préventif occasionne des effets secondaires sérieux et **devrait être modifié ou interrompu le plus rapidement possible le cas échéant**. C'est pour cette raison que nous vous demandons:

1. Si vous acceptez qu'on consulte votre dossier médical afin de déterminer la possibilité que vous soyez infecté par les virus du Sida (VIH) ou des hépatites B et C. La consultation de votre dossier se limitera aux informations utiles à l'évaluation de cette possibilité.
2. Si vous acceptez de subir un prélèvement sanguin pour déterminer si vous êtes infecté par le VIH ou par les hépatites B et C.

Si vous acceptez de subir les prélèvements sanguin, vous acceptez que les résultats soient transmis aux personnes suivantes:

1. Votre médecin traitant ou un autre médecin qui pourra vous transmettre les résultats et faire un suivi avec vous si nécessaire.
2. Le médecin responsable du suivi de la personne exposée afin qu'il prenne la décision requise concernant la poursuite ou non du traitement préventif. Ce médecin est soumis à la confidentialité et ne communiquera pas votre résultat à la personne exposée. Cependant, il est possible que celle-ci déduise votre résultat à partir de la décision que lui communiquera son médecin.
3. À la Direction de la santé publique dans l'éventualité d'un résultat positif car ces maladies sont à déclaration obligatoire.

### CONSENTEMENT

On m'a expliqué le contexte décrit ci-haut et les raisons pour lesquelles on me demande la permission de consulter mon dossier et de subir un prélèvement sanguin.

#### À LA CONSULTATION DE MON DOSSIER

- J'accepte que les infirmières de la Clinique PPE consultent mon dossier médical pour évaluer la possibilité que je sois infecté du VIH, du virus de l'hépatite B ou celui de l'hépatite C.
- Je refuse qu'on consulte mon dossier.

#### AUX PRÉLÈVEMENTS SANGUINS

- J'accepte qu'on procède aux prélèvements sanguins pour la détection d'une infection au VIH, à l'hépatite B et à l'hépatite C.
- Je refuse tout prélèvement.

### IDENTIFICATION DU MÉDECIN POUR LE SUIVI PERSONNEL

J'accepte que vous fassiez parvenir mes résultats à mon médecin traitant.

Son nom est D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_

J'accepte que le D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_ me communique, sur rendez-vous seulement, mes résultats personnels.

\_\_\_\_\_  
NOM (EN LETTRES MOULÉES)

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
DATE

# SOURCE-AMIABLE

Informations pour aider la prise en charge des travailleurs exposés

## PERSONNE EXPOSÉE : (Travailleur)

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

COORDONNÉES : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE : \_\_\_\_\_

## PERSONNE SOURCE DE L'EXPOSITION : (Bénéficiaire)

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

COORDONNÉES POUR REJOINDRE LA PERSONNE : (HÔPITAL, CENTRE DE DÉTENTION, DOMICILE, ETC...)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE \_\_\_\_\_

AVEC SON CONSENTEMENT, LA PERSONNE-SOURCE A ÉTÉ TESTÉE POUR :

L'HÉPATITE B      HbsAg :       OUI       NON

L'HÉPATITE C      ANTI-VHC :       OUI       NON

LE VIH      ANTI-VIH :       OUI       NON

PRÉLÈVEMENTS ENVOYÉS À L'HÔPITAL SAINT-LUC :       OUI       NON

SI NON LES PRÉLÈVEMENTS ONT ÉTÉ ENVOYÉS À :



---

### *Nom du Laboratoire ou du Centre Hospitalier*

SI LA PERSONNE-SOURCE DÉSIRE AVOIR LES RÉSULTATS DE SES TESTS, INSCRIRE LES COORDONNÉES DE SON MÉDECIN TRAITANT :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DR PIERRE G. THIBODEAU,  
DIRECTEUR  
CENTRE DE RÉFÉRENCE DE PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION DE MONTRÉAL  
HÔPITAL SAINT-LUC DU CHUM  
1058 ST-DENIS  
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2X 3J4  
Téléphone : (514) 890-8000, poste 36519

Télécopieur : (514) 412-7432 (412-SIDA)

## BIBLIOGRAPHIE

- Allan, D.A., Behrman, A.J. « Lipid abnormalities in a healthcare worker receiving HIV prophylaxis », *Int J of STD AIDS*, vol. 12, n°8, août 2001, p. 532-4.
- Balano, K.B., Cocohoba, J., Kindrick, A.V., et autres. « Adverse reactions (ADRs) reported to the national clinicians' post-exposure prophylaxis hotline (PEpline) », XV international AIDS Conference, Bangkok, juillet 2004, résumé n°ThPeC7504.
- Bartholow, B., Valleroy, L., MacKellar, D. « Knowledge and attitudes regarding post-exposure prophylaxis (PEP) and highly active antiretroviral therapy as correlates of HIV risk behavior among young men who have sex with men in the US », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°ThPeD5810.
- Beltrami, E.M., Cheingsong, R., Heneine, W.M., et autres. « Antiretroviral drug resistance in Human Immunodeficiency Virus-Infected source patients for occupational exposures to healthcare workers », *Infect Control Hosp Epidemiol*, vol. 24, n°10, octobre 2003, p. 724-30.
- Bernascon, E., Ruef, C., Jost, J., et autres. « National registry for non-occupational post HIV exposure prophylaxis in Switzerland : two-years results », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°WePeC4312.
- Braitstein, P., Chan, K., Beardsell, A., et autres. « Safety and tolerability of combination antiretroviral post-exposure prophylaxis in a population-based setting », *J Acquir Immune Defic Syndr*, vol. 29, n°5, avril 2002, p. 547-8.
- Bruneau J, Brogly SB, Tyndall MW, Lamothe F, Franco EL. « Intensity of drug injection as a determinant of sustained injection cessation among chronic drug users: the interface with social factors and service utilization », *Addiction*, vol. 99, n°6, juin 2004, p. 727-37.
- Cardo, D.M., Culver, D.H., Ciesielski, C.A., et autres. « A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure », *N Engl J Med*, vol. 337, n°21, novembre 1997, p. 1485-90.
- Centers for Disease Control and Prevention. « Updated U.S. Public Health Service guidelines for the Management of occupational exposures to GBV, BCV, and HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis », *Morb Mortal Wkly Rep*, vol. 50, n°RR11, juin 2001, p.1-42.
- Centers for Disease Control and Prevention. « Serious adverse events attributed to nevirapine regimens for post-exposure prophylaxis after HIV exposures. Worldwide, 1997-2000 », *Morb Mortal Wkly Rep*, vol. 49, n°51, janvier 2001, p. 1153-6.
- Centers for Disease Control and Prevention. « Management of possible sexual, injecting-drug-use, or other non-occupational exposure to HIV, including considerations related to antiretroviral therapy public health service statement », *Morb Mortal Wkly Rep*, vol. 47, septembre 1998, p.1-14.
- Chakraborty, H., Sen, P.K., Helms, R.W., et autres. « Viral burden in genital secretions determines male-to-female sexual transmission of HIV-1 : a probabilistic empiric model », *AIDS*, vol. 15, n°5, mars 2001, p. 621-7.
- Cordes, C., Moll, A., Kuercherer, C., Marcu, U. « HIV transmission despite HIV post-exposure prophylaxis after non-occupational exposure », *AIDS*, vol. 18, n°3, février 2004, p. 582-3.
- Correll, P., Smith, D.E., Kippax, S., et autres. « Non-occupational HIV post-exposure prophylaxis (PEP) in Australia », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°WePeC4420.
- Debab, Y., Fartoukh, C., Abboud, P., et autres. « HIV post-exposure prophylaxis: influence of the mode of exposure on the compliance and tolerance of the procedure », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°ThPpC1448.
- Do, A., Li, J., Fleming, P. « Occupational HIV infection in health care workers in the United States – possible lessons for developing countries », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n° ThPpC1454.

Dong, B., Gruta, C., Aranow, R., et autres.  
« Occupational post-exposure prophylaxis (PEP) in pregnant health care workers (HCWs) », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°ThPpC1449.

Eardley, K.S., Jones, H.E., et autres. « Efficacy of the accelerated hepatitis B vaccination schedule used in haemodialysis patients post-exposure to virus: a single-centre experience », *Nephrol Dial Transplant*, vol. 17, n°11, novembre 2002, p. 1982-7.

Friedman, R.K., Rodrigues, J., Fernandes, N., et autres.  
« Acceptability of post-sexual-exposure chemoprophylaxis for the prevention of HIV infection in Brazil », XIII International AIDS conference, Durban, juillet 2000, résumé n°TuOrC315.

Gisoni, M.A. « Post-exposure prophylaxis for HIV following possible sexual transmission: an ethical evaluation », *Cambridge Q Health Ethics*, vol. 9, n°3, été 2000, p. 411-7.

Grady, G.F., Prince, A.M., Gitnick, G.L., et autres.  
« Hepatitis B immune globulin for accidental exposures among medical personnel : final report of a multicenter controlled trial », *J Infect Dis*, vol. 138, n°5, novembre 1978, p. 625-38.

Greub, G., Gallant, S., Zurn, P., et autres. « Spare non-occupational HIV post-exposure prophylaxis by active contacting and testing of the source person », *AIDS*, vol. 16, n°8, mai 2002, p. 1171-6.

Hawkins, D.A., Asboe, D., Barlow, K., Evans, B.  
« Seroconversion to HIV-1 following a needlestick injury despite combination post-exposure prophylaxis », *J Infect*, vol. 43, n°12, juillet 2001, p. 12-8.

Herbert, B. « Sexual assault survivors : adherence to post-exposure prophylaxis », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°WePeD4589.

Hirschhorn, L., Kunches, L., Mayer, K. « Non-occupational post-exposure prophylaxis: evolving clinical practice », *Aids Clin Care*, vol. 12, n°1, janvier 2000, p. 6-12.

Hu, J., Gardner, M.B., Miller, C.J. « Simian immunodeficiency virus rapidly penetrates the cervicovaginal mucosa after intravaginal inoculation and infects intraepithelial dendritic cells », *J Virol*, vol. 74, n°13, juillet 2000, p. 6087-95.

Jaeckel, E., Cornberg, M., Wedemeyer, H., et autres.  
« Treatment of acute hepatitis C with interferon alfa-2b », *N Engl J Med*, vol. 345, n°20, octobre 2001, p.1452-7.

Kahn, J.O., Roland, M.E., Chesney, M., et autres.  
« Feasibility of post-exposure prophylaxis (PEP) against human immunodeficiency virus infection after sexual or injection drug use exposure: the San Francisco PEP study », *J Infect Dis*, vol. 183, n°5, mars 2001, p. 707-14.

Khan, M., Ahmed, S.H., Feleke, G. « Occupational post-exposure prophylaxis at a public benefit medical center », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°WePeC4327.

Lifson, J.D., Piatak, M.Jr., Cline, A.N., et autres.  
« Transient early post-inoculation antiretroviral treatment facilitates controlled infection with inoculation antiretroviral treatment facilitates controlled infection with sparing of CD4+T cells in gut-associated lymphoid tissues in SIVmac239-infected rhesus macaques, but not resistance to rechallenge », *J Med Primatol*, vol. 32, n°4, août 2003, p. 201-10.

Lifson, J.D., Rossio, J.L., Piatak, M., et autres. « Role of CD8+ lymphocytes in control of simian immunodeficiency virus infection and resistance to rechallenge after transient early antiretroviral treatment », *J Virol*, vol. 75, n°21, novembre 2001, p.10187-99.

Lifson, J.D., Rossio, J.L., Arnaout, R., et autres.  
« Containment of simian immunodeficiency virus infection: cellular immune responses and protection from rechallenge following transient post-inoculation antiretroviral treatment », *J Virol*, vol. 74, n°6, mars 2000, p. 2584-93.

Lot, F., Larsen, C., David, D., Laporte, A. « Surveillance of post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational and non-occupational exposures to HIV in France », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°MoPeC2438.

Low-Beer, S., Weber, A.E., Bartholomew, K., et autres. « Is post-exposure prophylaxis affordable? », *AIDS*, vol.14, n°3, février 2000, p. 325-38.

Mackie, N.E., Coker, R.J. « Post-exposure prophylaxis following non-occupational exposure to HIV: risks, uncertainties, and ethics », *Int J of STD AIDS*, vol. 11, n°7, juillet 2000, p. 424-7.

Marin, M.G., Van Lieu, J., Yee, A., et autres. « Cost-effectiveness of a post-exposure HIV chemoprophylaxis program for blood exposures in health care workers », *J Occup Environ Med*, vol. 41, n°9, septembre 1999, p. 754-60.

Mayer, K.H., Goldhammer, H., Cohen, D., et autres. « Enhanced tolerability and adherence using tenofovir/3TC for non-occupational post-exposure prophylaxis (NPEP) », XV international AIDS Conference, Bangkok, juillet 2004, résumé n° TuPeB4657.

Meehan, T., Kunches, L., McGuire, J., et autres. « Survey of non-occupational HIV post-exposure prophylaxis in hospital emergency rooms », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°WePe4320.

Miller, C.J. « Mucosal transmission of simian immunodeficiency virus », *Curr Top Microbiol Immunol*, vol. 188, 1994, p. 107-22.

Miller, C.J., Alexander, N.J., Sutjipto, S., et autres. « Effect of virus dose and nonoxynol-9 on the genital transmission of SIV in rhesus macaques », *J Med Primatol*, vol. 19, n°3-4, 1990, p. 401-9.

Miller, C.J., Alexander, N.J., Sutjipto, S., et autres. « Genital mucosal transmission of simian immunodeficiency virus : animal models for heterosexual transmission of human immunodeficiency virus », *J Virol*, vol. 63, n°10, octobre 1989, p. 4277-84.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Protocole d'immunisation du Québec », avril 2004, mis à jour novembre 2004.

Myles, J.E., Hirozawa, A., Katz, M., Bamberger, J. « Post-exposure prophylaxis (PEP) after sexual assault: the San Francisco (SF) », XIII International AIDS

Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°ThPpC1450. O'Connor, P.G. « HIV post-exposure therapy for drug users in treatment », *J Subst Abuse Treat*, vol. 18, n°1, janvier, 2000, p. 17-21.

Oliva, S., Cañizal, A., Pugliese, D., et autres. « Epidemiological analysis of HIV occupational exposure in health care workers (HCWs) », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°WePeC4317.

O'Sullivan, B.G., Levy, M.H., Dolan, K.A., et autres. « Hepatitis C transmission and HIV-post-exposure prophylaxis after needle-and syringe-sharing in Australian prisons », *Med J Aust*, vol. 178, n°11, juin 2003, p. 546-9.

Otten, R.A., Smith, D.K., Adams, D., et autres. « Efficacy of post-exposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2) », *J Virol*, vol. 74, n°20, octobre 2000, p. 9771-5.

Panlilio, A. L. et autres, Updated US Public Health Service Guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations postexposure prophylaxis, *Morb Mortal Wkly Rep* vol. 54 no RR-9, september 2005.

Postma, M.J., Bos, J.M., de Jong-vanden Berg, L.T.W., et autres. « HIV post-exposure prophylaxis: enhancing its phramaco-economic profile by discriminate prescribing », *AIDS*, vol. 16, n°8, mai 2002, p. 1177-9.

Poulin, M., Bergeron, M.G., Bisailon, C., et autres. « Prise en charge des personnes exposées au VIH à la suite de pratiques sexuelles à risque ou du partage de matériel d'injection », ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1999.

Prevot, M-H., Descamps, D., Miguères, B., et autres « Antiretroviral resistance profiles in source patients during exposure to blood in french hospitals », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°WePeC4321.

Prince, A.M., Szmunes, W., Mann, M.K., et autres. « Hepatitis B "immune" globulin: effectiveness in prevention of dialysis-associated hepatitis », *N Engl J Med*, vol. 293, n°21, novembre 1975, p. 1063-7.

Puro, V., Francisci, D., Sighinolfi, L., et autres. « Benefits of rapid HIV test for evaluation of the source patient after occupational exposure of healthcare workers », *J Hosp Infect*, vol. 57, n°2, juin 2004, p. 179-82.

Puro, V., De Carli, G., Soldani, F., et autres. « Toward a standard HIV post-exposure prophylaxis for healthcare workers in Europe », *Euro Surveill*, vol. 9, n°6, juin 2004, p. 3-4.

Puro, V., Cicalini, S., De Carli, G., et autres. « Post-exposure prophylaxis of HIV infection in healthcare workers: recommendations for the European setting », *Eur J Epidemiol*, vol. 19, n°6, 2004, p. 577-84.

Puro, V., Govoni, A., Mattioli, F., et autres. « Antiretroviral post-exposure prophylaxis in Italy », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°WePeC4311.

Quinn, T.C., Wawer, M.J., Sewankambo, N., et autres. « Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1 », *N Engl J Med*, vol. 342, n°13, mars 2000, p. 921-9.

Rabaud, C., Valle, C., Prazuck, T., et autres. « Tolerability of post-exposure prophylaxis of HIV Infection with the combination of zidovudine/lamivudine + tenofovir », XV international AIDS Conference, Bangkok, juillet 2004, résumé n° TuPeB4647.

Rabaud, C., Burty, C., Valle, C., et autres. « Post-exposure prophylaxis of HIV infection: comparison of the tolerability of 3 PEP regimens », XV international AIDS Conference, Bangkok, juillet 2004, résumé n°TuPeB4651.

Rey, D., Den Diane, M.K., Moatti, J.-P. « Prophylaxis after non-occupational HIV exposure: an overview of the policies implemented in 27 European countries », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet, 2000, résumé n°TuOrC316.

Roland, M., Klausner, J.D., Bangsberg, D.R., et autres. « Non-occupational post-exposure prevention (PEP) : integrating research findings into two clinical settings to provide a comprehensive service », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°WePeC4326.

Royce, R.A., Sena, A., Cates, W., Cohen, M.S. « Current concepts: sexual transmission of HIV », *N Engl J Med*, vol. 336, n°15, avril 1997, p.1072-8.

Seeff, L.B., Zimmerman, H.J., Wright, E.C., et autres. « A randomized, double blind controlled trial of the efficacy of immune serum globulin for the prevention of post-transfusion hepatitis. A veterans administration cooperative study », *Gastroenterology*, vol. 72, n°1, janvier 1977, p. 111-21.

Stephens, J., Dunham, N., Jackson, D. « Exposure of health care workers (HCW) to HIV: analysis of 368 cases from a US community teaching hospital 1997-1999 », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n° WePeC4316.

Taliani, G., Gaeta, G.B. « Hepatitis A: post-exposure prophylaxis », *Vaccine*, vol. 21, n°19-20, juin 2003, p. 2234-7.

Torres, R.A. « The first non-occupational post-exposure prophylaxis program (PEP) in New York City », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°WePeC4307.

Torres, R., Cadman, J., George, M.C., et autres. « Preliminary report on nonoccupational post-exposure prophylaxis utilizing an NNRTI/NRTI regimen », XIII International AIDS Conference, Durban, juillet 2000, résumé n°TuPeB3204.

Toyoda, H., Sakamoto, H., Mizuno, T., et autres. « Eradication of hepatitis C virus 1b by interferon in a health care worker with acute hepatitis following needlestick transmission from a patient with chronic hepatitis C unresponsive to interferon », *Scand J Gastroenterol*, vol. 35, n°10, octobre 2000, p. 1117-20.

Tsai, C.C., Emau, P., Follis, K.E., et autres. « Effectiveness of post-inoculation (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIV<sub>mac</sub> infection depends critically on timing of initiation and duration of treatment », *J Virol*, vol. 72, n°5, mai 1998, p. 4265-73.

Van der Ende, M.E., Regez, R.M., Schreij, G., et autres. « Post-exposure prophylaxis », *Int J of STD AIDS*, vol. 13, supp. 2, décembre 2002, p. 30-4.

Van Rompay, K.K., Miller, M.D., Marthas, M.L., et autres. « Prophylactic and therapeutic benefits of short-term 9-[2-(R)-(phosphonomethoxy) propyl] adenine (PMPA) administration to newborn macaques following oral inoculation with simian immunodeficiency virus with reduced susceptibility to PMPA », *J Virol*, vol. 74, n°4, février 2000, n°1767-74.

Van Rompay, K.K., Berardi, C.J., Aquirre, N.L., et autres. « Two doses of PMPA protect newborn macaques against oral simian immunodeficiency virus infection », *AIDS*, vol. 12, n°9, juin 1998, p. F79-83.