



COLLEGE DE MEDECINE D'URGENCE DE BOURGOGNE

Protocole N° 039

<i>Rédacteurs</i>	Dr Chantal FRANCISCO, Dr Valérie HAMELIN, Dr Bénédicte VALLET
<i>Date</i>	Septembre 2012
<i>Validation</i>	Dr Michel DUONG, maladies infectieuses, CHU DIJON
<i>Approbation</i>	En commission protocoles 13/9/2012
<i>Bibliographie</i>	Circulaire DGS/R12/DHOS/GDT/DSS/2008/91 du 13/3/08 Rapport YENI 2010, chapitre 17

PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS

D'EXPOSITION AU SANG (AES)

ET DES ACCIDENTS D'EXPOSITION SEXUELLE AUX URGENCES

I. ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES).

I.A- Définition.

On appelle « A.E.S. », tout contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang et comportant une effraction cutanée par piqûre, coupure ou une projection sur une muqueuse ou une peau lésée.

I.B- Population concernée.

Ce sont les professionnel(e)s de santé dans l'exercice de leur métier. Les infirmier(e)s sont les premier(e)s concerné(e)s.

Cas particulier des usagers de drogue (voir tableau 2).

I.C- Risques : cf annexe p 9-11.

0.3 % de risque de séroconversion pour le VIH.

0.5 à 1.8 % pour le VHC pour les expositions percutanées.

VHB : risque nul si vacciné avec Ac antiHBs > 10 UI/l.

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application: 13/09/2012	Réf.: CMUB-039	Pagination : 2 de 11

I.D- CAT AUX URGENCES.

- 1- **Nettoyage** immédiat de la plaie à l'eau et au savon pour éliminer toute présence de sang au niveau de la peau puis
- 2- **Antiseptie** par pendant au moins 5 min à l'aide de Dakin ou d'eau de Javel 9° chlorométrique diluée au 1/15^{ème} ou à défaut à l'alcool à 70° ou à la polyvidione iodée.
Rinçage prolongé au Dacryosérum en cas de projection conjonctivale.
- 3- **Evaluation du risque de contamination par le VIH** en fonction de la nature de l'exposition et du statut sérologique de la personne source (cf **Tableau 1 page 5**) afin de proposer au patient exposé un Traitement Post Exposition (TPE) ou non, à prendre le plus tôt possible, dans les 4 h suivant l'exposition.
Si le statut sérologique du sujet source ne peut être obtenu et s'il appartient à un groupe à haute prévalence VIH, un TPE doit être systématiquement proposé dans les heures qui suivent l'exposition. On gardera à l'esprit qu'un test rapide fait chez un patient source en primo-infection peut être pris en défaut.
En cas de doute, se référer téléphoniquement au Médecin référent de l'établissement ou au Service des Maladies Infectieuses à l'hôpital du Bocage au **03 80 29 33 27**.
- 4- Il n'y a **pas de TPE** si le délai entre l'accident et la consultation est > à 48 h.
- 5- Vérification du **VAT**.
- 6- **Prise de sang à J0**.
 - Pour la personne source (avec son accord) :
 - Sérologie VIH (en urgence pour le patient source : test rapide possible; un arrêté ministériel du 9/11/10 le permet).
 - Sérologie VHC.
 - Sérologie VHB.
 - Pour la personne exposée : cf tableau 2 page 6.
- 7- **Déclaration de l'accident de travail** si cela en est un et le notifier au médecin du travail avec une durée de mise en soins de 3 mois
- 8- **Orientation** du patient exposé.
 - Si un TPE est prescrit, le patient est adressé au médecin référent de l'hôpital ou au département d'infectiologie au Bocage dès que possible.
Ce dernier décidera de l'arrêt ou de la poursuite du traitement. Il a de fait en charge le suivi biologique du patient.
 - S'il n'y a pas de TPE, le patient est adressé à son médecin traitant ou au médecin du travail en cas d'AT dans la semaine afin d'organiser le suivi biologique.

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application: 13/09/2012	Réf.: CMUB-039	Pagination : 3 de 11

II. ACCIDENTS D'EXPOSITION SEXUELLE hors viol.

II.A- Population concernée.

Il s'agit de cas d'accident de préservatif dans les couples séro-différents et des rapports non protégés avec une personne à risque.

II.B –Risques : cf annexe p 9 – 11.

VIH, VHB, VHC et les autres Infections Sexuellement Transmissibles : syphilis, chlamydia, gonocoque.

Le risque de transmission sexuelle du VIH est lié à la présence de virus dans les sécrétions génitales. Malgré un traitement antirétroviral au long cours, le VIH peut rester détectable, même si la charge virale plasmatique est indétectable.

II.C- CAT AUX URGENCES :

1- **Evaluation du risque de contamination par le VIH** à l'entretien en fonction de la nature de l'exposition et du statut sérologique de la personne source si elle est présente (voir tableau 1 page 5) afin de proposer au patient exposé un Traitement Post Exposition (TPE) ou non, à prendre le plus tôt possible, dans les 4 h suivant l'exposition.

Si le statut sérologique du sujet source ne peut être obtenu et s'il appartient à un groupe à haute prévalence VIH, un TPE doit être systématiquement proposé dans les heures qui suivent l'exposition. On gardera à l'esprit qu'un test rapide fait chez un patient source en primo-infection peut être pris en défaut.

En cas de doute, se référer téléphoniquement au médecin référent de l'hôpital ou au Service des Maladies Infectieuses à l'hôpital du Bocage **au 03 80 29 33 27.**

2- Il n'y a **pas de TPE** si le délai entre l'accident et la consultation est > à 48 h.

3- **Prise de sang à J0**

- Pour la personne source (avec son accord) :

- Sérologie VIH (en urgence pour le patient source : test rapide possible; un arrêté ministériel du 9/11/10 le permet).
- Sérologie VHC.
- Sérologie VHB.

- Pour la personne exposée : cf tableau 2 page 6.

4- **Orientation** du patient exposé.

- Si un TPE est prescrit, le patient est adressé au médecin référent de l'hôpital ou au département d'infectiologie au Bocage dès que possible. Il décidera de l'arrêt ou de la poursuite du traitement. Il a de fait en charge le suivi biologique du patient.
- S'il n'y a pas de TPE, le patient est adressé à son médecin traitant.

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application: 13/09/2012	Réf.: CMUB-039	Pagination : 4 de 11

III. TRAITEMENT POST EXPOSITION AUX URGENCES.

Faire prendre la première dose aux urgences (si possible dans les 4 h suivant l'exposition) et donner la quantité suffisante pour 3 jours (en pratique jusqu'à la réévaluation par un médecin référent).

D'autres éléments sont importants à prendre en compte pour la prescription et le choix des traitements ; ils nécessitent un avis spécialisé : grossesse ou prise de traitements connus pour interagir avec les antirétroviraux (contraceptifs oraux, antimigraineux, antiépileptiques, antivitamines K, benzodiazépines, traitement de substitution...).

III-1. EXPOSITION AU SANG.

▪ Anti-VIH :

TRUVADA (1-0-0) Ou COMBIVIR (1-0-1) en cas de grossesse ou d'insuffisance rénale.

ET KALETRA (2-0-2).

Lorsque le patient source est VIH + et traité, le choix du traitement antirétroviral se fera au cas par cas ; l'appel du médecin référent en infectiologie pour adaptation du traitement s'impose.

▪ Anti-VHB :

γ Globulines anti-HBs + 1 dose de vaccin anti HBs dans les 72 h chez les personnes non vaccinées.

γ Globulines anti-HBs seule chez les personnes identifiées comme non répondeuses à la vaccination (Anti-HBs < 10 UI/L).

III-2. EXPOSITION SEXUELLE :

▪ Traitement identique.

▪ + 1cp de NORLEVO chez les femmes sans moyen de contraception (pilule du lendemain).

▪ Soutien psychologique conseillé.

Dans tous les cas remettre au patient une note d'information (document 1 ou document 2 selon le cas).

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application: 13/09/2012	Réf.: CMUB-039	Pagination : 5 de 11

Document 1

NOTE D'INFORMATION AU PATIENT TRAITE

Suite à un accident d'exposition sexuelle ou sanguine, vous venez de démarrer un traitement préventif permettant de diminuer le risque d'infection VIH.

- 1- Ce traitement diminue le risque de contamination mais ne l'annule pas complètement.
- 2- Pour que son efficacité soit maximale, vous devez le prendre le plus tôt possible et ne pas l'interrompre avant d'avoir revu le médecin du Service des Maladies Infectieuses ou le médecin référent de l'hôpital afin de réévaluer ce traitement.
- 3- **Vous devez donc prendre RDV dès que possible** auprès du médecin référent de l'hôpital ou au secrétariat du Département d'Infectiologie **au 03 80 29 33 05**.
- 4- Ce traitement est habituellement bien toléré, mais peut parfois être responsable d'effets secondaires, essentiellement des diarrhées. Celles-ci sont facilement calmées par des anti-diarrhéiques. D'autres effets secondaires sont possibles à savoir des douleurs abdominales des céphalées. Il existe également un risque potentiel d'insuffisance rénale et d'hépatite médicamenteuse.
- 5- Vous aurez à faire une prise de sang dans les 15 jours pour vérifier que le traitement est bien supporté.
- 6- Un suivi par prises de sang à 1 mois, 2 mois et 4 mois vous sera proposé. Il est important. C'est pour s'assurer que vous n'avez contracté aucune infection.
- 7- Vous devez utiliser le préservatif et vous exclure du don du sang jusqu'à connaissance de vos résultats définitifs de prise de sang.

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application: 13/09/2012	Réf.: CMUB-039	Pagination : 6 de 11

Document 2

NOTE D'INFORMATION AU PATIENT NON TRAITE

**Suite à un accident d'exposition sexuelle ou sanguine, vous avez consulté aux urgences.
Vous ne bénéficiez pas de traitement préventif de l'infection VIH selon les
recommandations officielles ; en attendant les résultats de la prise de sang :**

- 1- Vous devez utiliser le préservatif et vous exclure du don du sang jusqu'à connaissance de vos résultats définitifs de prise de sang.
- 2- Vous devez prendre RDV auprès de votre médecin ou auprès du médecin du travail s'il s'agit d'un accident de travail dans la semaine, puis à 6 semaines puis à 3 mois avec les résultats biologiques.

Tableau 1. Évaluation du risque et indications de la prophylaxie postexposition vis-à-vis du VIH chez l'adulte

ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG		
	Patient source	
Risque et nature de l'exposition	Infecté par le VIH	De sérologie VIH inconnue
Important : – piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artériel ou veineux)	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
Intermédiaire : – coupure avec bistouri – piqûre avec aiguille IM ou SC – piqûre avec aiguille pleine – exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 minutes Morsures profondes avec saignement	Prophylaxie recommandée*	Prophylaxie non recommandée
Minime : – autres cas – piqûres avec seringues abandonnées – crachats, morsures légères ou griffures	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée
EXPOSITIONS SEXUELLES		
	Patient source	
Risque et nature de l'exposition	Infecté par le VIH	De sérologie inconnue
– Rapports anaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée si 1. Si rapport homosexuel masculin quel que soit le résultat du TDOR = prophylaxie recommandée.
– Rapports vaginaux	Prophylaxie recommandée*	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque 1*
– Fellation	Prophylaxie recommandée*	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque 1*
EXPOSITIONS CHEZ LES USAGERS DE DROGUE		
	Patient source	
Risque et nature de l'exposition	Infecté par le VIH	De sérologie inconnue
Important : – partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
Intermédiaire : – partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée

* AES ou exposition sexuelle (rapport vaginal ou fellation). Dans le cas d'un patient source connu comme infecté par le VIH, suivi et traité, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, le TPE pourra être interrompu à 48-96 h lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale du patient source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

(1) Notion de personne source à risque :

- usager de drogue par voie intraveineuse;
- homme homosexuel et/ou bisexuel;
- personne appartenant à un groupe dans lequel la prévalence de l'infection est supérieure à 1 %.

Notion de situation à risque :

- prise de substances psychoactives;
- partenaires sexuels multiples.

Dans les autres cas d'exposition, les experts considèrent que le rapport bénéfice/risque d'un TPE est insuffisant pour justifier de sa prescription.

Tableau 2. Suivi biologique de la personne exposée aux virus VIH, VHC, VHB

	AES traité	AES non traité	Exposition sexuelle traitée	Exposition sexuelle non traitée
J0	NFS, ALAT, créatinine, Test de grossesse Sérologie VIH, VHC Anticorps anti-HBs si vacciné sans taux connu	Sérologie VIH, Sérologie VHC + ALAT Anticorps anti-HBs si vacciné sans taux connu	NFS, ALAT, créatinine Test de grossesse, Sérologie VIH, Anticorps anti-HBs ou dépistage par anti-HBc. TPHA, VDRL	NFS, ALAT, Sérologie VIH, Anticorps anti-HBs ou dépistage par anti-HBc. TPHA, VDRL
J15	NFS, ALAT créatinine si ténofovir	Pas de bilan biologique	NFS, ALAT créatinine si ténofovir	Pas de bilan biologique
J30	NFS, ALAT créatinine si ténofovir PCR-VHC si PCR-VHC+ chez le patient source	Pas de bilan biologique	NFS, ALAT créatinine si ténofovir TPHA/VDRL Chlamydia	Pas de bilan biologique
S6	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH PCR-VHC + ALAT si PCR-VHC + chez le patient source	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH TPHA/VDRL Chlamydia
M2	Sérologie VIH	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH	Pas de bilan biologique
M3	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répon- deur ou non vacciné	Pas de bilan biologique	Anti-HBc si non répon- deur ou non vacciné
M4	Sérologie VIH Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répon- deur ou non vacciné	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH Anti-HBc si non répon- deur ou non vacciné	

En cas d'apparition de symptômes évocateurs d'une primo-infection par le VIH, il est recommandé de faire pratiquer une sérologie VIH et une charge virale VIH quelle que soit la date.

Suivi VHC

Après un AES exposant au VHC, le suivi est fondé, en France, sur la surveillance des transaminases et des anticorps anti-VHC à 1 mois, 3 mois et 6 mois. En cas de positivité de la PCR-VHC chez le patient source, la réalisation d'une PCR du VHC à J15-21 est proposée en complément [circulaire du 13 mars 2008].

Ce suivi est lourd et coûteux. Une étude récente montre que remplacer le suivi des anticorps et des transaminases par une recherche précoce de l'ARN-VHC est une stratégie moins coûteuse, qui permet de rassurer plus précocement la personne exposée [10]. En effet, l'ARN-VHC dans le sérum est détectable 7 à 21 jours après la contamination, précédant de quelques jours à quelques semaines l'augmentation de l'activité sérique des aminotransférases (généralement un mois après la contamination) [11]. Après la contamination, l'ARN-VHC croît de façon exponentielle (doublement environ toutes les 11 h) jusqu'à une phase « plateau », mais pour certains cette phase de virémie élevée pourrait être retardée [12]. Secondairement, les anticorps anti-VHC sont détectés en moyenne à 50 jours du contagé, et de façon retardée en cas d'immunodépression [13].

Cette chronologie justifie le choix d'une détection précoce de l'ARN-VHC par PCR après le contact potentiellement contaminant, complétée par une sérologie VHC entre 3 et 4 mois. La surveillance des transaminases à un et trois mois devrait également être proposée. En cas d'immunodépression, le schéma de surveillance devra être prolongé à 6 mois.

Annexe. Principales données épidémiologiques concernant les risques de transmission virale susceptibles de donner lieu à la prescription d'une prophylaxie antirétrovirale postexposition au VIH

	Fréquence d'exposition	Risques de transmission = Risques moyens susceptibles d'être augmentés ou diminués selon les facteurs associés	Facteurs associés susceptibles d'augmenter ou de diminuer le risque de transmission	Cas documentés
Transmission sexuelle	<p>Fréquence de rapports non protégés</p> <p>Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes :</p> <p>39 % des répondants déclarent au moins une pénétration anale sans préservatif avec un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois (Net Gay Baromètre, 2009)</p> <p>Chez les hétérosexuels :</p> <p>21 % des hommes et 29 % des femmes ayant eu au moins 2 partenaires dans les 12 derniers mois déclarent ne jamais avoir utilisé de préservatif (CSF, 2006)</p>	<p>VIH</p> <p>Fellation réceptive : 0,04 % [0,01-0,17] (Vittinghoff, 1999)</p> <p>Rapport anal réceptif : 0,65 % [0,15-1,53] (si retrait) et 1,43 % [0,48-2,85] (si éjaculation)</p> <p>Rapport anal insertif : 0,11 % [0,02-0,24] chez les hommes circoncis et 0,62 % [0,07-1,68] chez les hommes non circoncis (Jin, 2010)</p> <p>Rapport vaginal : 0,1 % (Downs, 1996)</p> <p>VHC</p> <p>Transmission sexuelle décrite mais rare</p> <p>VHB</p> <p>30 à 80 %</p>	<p>VIH</p> <p>Risque ↑</p> <p><u>Lié au partenaire séropositif :</u></p> <p>Charge virale plasmatique élevée (phase de séroconversion notamment)</p> <p>IST concomitante</p> <p>Menstruations, saignements</p> <p><u>Lié au partenaire exposé :</u></p> <p>IST (ulcères génitaux ou inflammation génitale)</p> <p>Menstruations, saignements</p> <p>Ectropion du col de l'utérus chez la femme</p> <p>Risque ↓</p> <p>Charge virale plasmatique indétectable sous traitement antirétroviral</p> <p>Circoncision chez l'homme exposé</p>	<p>VIH</p> <p>Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes :</p> <p>Environ 3300 [2830-3810] contaminations en France en 2008 (Le Vu, 2009)</p> <p>Chez les hétérosexuels :</p> <p>environ 3500 [2610-4490] contaminations en France en 2008 (Le Vu, 2009)</p>
Transmission sanguine par partage de matériel d'injection chez les UDI	<p>Fréquence du partage dans le dernier mois (Coquelicot, 2004)</p> <p>- de la seringue : 13 % des UDI</p> <p>- du reste du matériel : 38 % des UDI</p> <p>- de la pipe à crack : 81 % des UD</p>	<p>VIH</p> <p>Lors du partage de la seringue/aiguille : 0,67 % (Kaplan, 1992)</p> <p>Lors du partage du reste du matériel (récipient, eau et filtre) : risque non évalué mais plus faible et qui concerne surtout le VHC et le VHB</p> <p>Lors du partage de la paille de snif ou de la pipe à crack : risque non évalué mais plus faible et qui concerne surtout le VHC et le VHB</p>	<p>Risque ↑</p> <p><u>Lié au partenaire de partage :</u></p> <p>Charge virale plasmatique élevée (phase de séroconversion notamment)</p> <p>Proximité affective</p> <p><u>Lié aux pratiques :</u></p> <p>Nombre d'injections (lié aux caractéristiques du produit)</p> <p>Injection dans un cadre collectif</p> <p>Dernier dans l'ordre d'injection</p> <p>Initiation à l'injection</p> <p>Risque ↓</p> <p>Charge virale plasmatique faible</p> <p>Nettoyage du matériel (eau de Javel)</p> <p>Premier dans l'ordre d'injection</p>	<p>Environ 70 [0-190] contaminations par le VIH chez les UDI en France en 2008 (Le Vu, 2009)</p>

	Fréquence d'exposition	Risques de transmission = Risques moyens susceptibles d'être augmentés ou diminués selon les facteurs associés	Facteurs associés susceptibles d'augmenter ou de diminuer le risque de transmission	Cas documentés
Transmission sanguine chez les professionnels de santé	Fréquence des AES Données RAISIN 2007 : 7,5 AES pour 100 lits 8,2 AES/100 chirurgiens/an 6,3 AES/100 IDE/an 2,4 AES/100 médecins/an 1,8 AES/100 aides-soignants/an	Risques de transmission lors d'une exposition à du sang (Lot F, 2003) VIH Exposition percutanée : 0,32 % [0,18-0,45] Exposition cutanéomuqueuse : 0,03 % [0,006-0,19]	Risque ↑ <u>Lié à l'AES :</u> Piqûre profonde Aiguille IV ou IA contenant du sang « frais » <u>Lié à la source :</u> Charge virale élevée (phase de séroconversion notamment) Risque ↓ <u>Lié à l'AES :</u> Piqûre au travers de gants ou d'un tissu Aiguille pleine (suture, dextro) ou aiguille IM/SC <u>Lié à la source :</u> Charge virale indétectable	VIH Total de 14 séroconversions documentées après AES chez des professionnels de santé, en France, depuis 1985, dont 11 après piqûre avec aiguille IV/IA et 1 après exposition cutanéomuqueuse massive (Lot F, décembre 2009)
		VHC Exposition percutanée : 1,8 % [0-7] 0,5 % [0,39-0,65]		VHC Total de 64 séroconversions documentées après AES chez des professionnels de santé, en France, depuis 1991, dont 42 après piqûre avec aiguille IV/IA, 2 après piqûre avec aiguille pleine et 2 après exposition cutanéomuqueuse (Lot F, décembre 2009)
		VHB Exposition percutanée chez une personne non immunisée : de 6 % (Ag HBe-) à 30 % (Ag HBe+) Intérêt de la vaccination + + + (obligatoire depuis 1991)		VHB Aucune séroconversion rapportée depuis 2005 en France (date de début de la surveillance) (Lot F, décembre 2009)
Transmission sanguine chez les professionnels « autres »	Sont notamment concernés les personnels de sécurité (policiers, personnels pénitentiaires), les personnels chargés de la récupération et du traitement des déchets	Risque de transmission faible, car il s'agit souvent d'expositions cutanéomuqueuses ou d'expositions percutanées avec des aiguilles ne contenant pas de sang ou dont le sang est coagulé et l'infectiosité nulle (VHB > VHC > VIH)		2 séroconversions VIH documentées en France : 1 éboueur et 1 transporteur de déchets (Lot F, 1994)
Transmission sanguine hors milieu de soins	Piqûre par seringue abandonnée Contacts cutanéomuqueux avec du sang lors de bagarres, sports violents... Morsures	Risque de transmission exceptionnel, car il s'agit : <ul style="list-style-type: none"> soit de piqûres avec des aiguilles ne contenant pas de sang ou dont le sang est coagulé et l'infectiosité nulle soit de contacts cutanéomuqueux qui présentent un risque de transmission exceptionnel (VHB > VHC > VIH) 		VIH Pas de cas documenté dans la littérature internationale suite à une piqûre par seringue abandonnée Quelques cas documentés dans la littérature internationale lors de sports violents, bagarres (Chéret, 2009), morsures profondes avec saignements

	Fréquence d'exposition	Risques de transmission = Risques moyens susceptibles d'être augmentés ou diminués selon les facteurs associés	Facteurs associés susceptibles d'augmenter ou de diminuer le risque de transmission	Cas documentés
Transmission par voie sanguine en milieu de soins chez des patients	Essentiellement au cours d'interventions chirurgicales ou obstétricales, en cas de contact entre le sang d'un soignant et une muqueuse, une peau lésée ou une plaie d'un patient	VIH 1 transmission pour 42000 à 420000 interventions pratiquées par un chirurgien VIH+	Risque ↑ Certaines spécialités chirurgicales notamment gynéco-obstétricale, viscérale et vasculaire, et certaines interventions (gestes confinés) Charge virale plasmatique élevée chez le professionnel de santé Risque ↓ Respect des précautions standards (double port de gants, changement régulier des gants ou, en cas de piqûre, utilisation d'aiguilles mousses, techniques du <i>no touch</i>) Charge virale plasmatique faible chez le professionnel de santé	VIH 4 cas de transmission soignant-patient publiés dans la littérature internationale, dont 2 en France VHC Environ une vingtaine de cas publiés dans la littérature internationale VHB Plus de cinquante épisodes publiés dans la littérature internationale

Prévalence en population générale :

VIH : 0,2 %, environ 150 000 personnes fin 2009.

Hépatite C chronique (ARN-VHC+) : environ 220 000 personnes en 2004.

Hépatite B chronique (Ag HBs+) : 0,65 % [0,45-0,93], soit environ 280 000 personnes en 2004.

Source : Rapports YENI 2010