Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

GUIDE NATIONAL DE LA PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG ET SEXUELLE 2023



Royaume du Maroc
Programme d'Appui
Du Fonds mondial
De Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

ONUSIDA

Préface



Selon l'Organisation mondiale de la santé, deux millions de travailleurs de la santé subissent chaque année une exposition percutanée à des maladies infectieuses. Ces accidents peuvent augmenter le risque de transmission d'infections, notamment le VIH et l'hépatite virale B et C. De plus, 5% des femmes indiquent avoir été exposées à des violences physiques ou sexuelles au cours de leur vie.

Au Maroc, selon les enquêtes réalisées au niveau national, 64% du personnel soignant auraient été victimes d'au moins un accident d'exposition au sang (AES) durant leur carrière, avec une incidence moyenne estimée à 1,5 AES par personne par an. Par ailleurs, selon l'enquête nationale du Haut-Commissariat au Plan (HCP) de 2019 sur la prévalence de la violence, 14% des femmes auraient subi au moins une violence sexuelle durant leurs vies.

Les mesures de prévention primaire sont d'une importance capitale pour réduire l'occurrence des AES. Néanmoins, quand l'accident survient, une prise en charge standardisée devra être entreprise comportant la prophylaxie post exposition immédiate, idéalement dans les 4 heures. Cette prise en charge reste une mesure extrêmement efficace pour réduire le risque de transmission du VIH et des hépatites virales.

En 2018, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a mis en place un dispositif de prise en charge des AES et des expositions sexuelles, avec l'implication étroite des services d'urgences hospitalières et des unités de prise en charge de la violence. Ce dispositif garantit l'approvisionnement en antirétroviraux et en outils de communication.

Aussi, le présent guide a-t-il été conçu dans le but de fournir des orientations pratiques pour une prise en charge optimale des personnes victimes d'AES et sexuelle, tenant compte des recommandations de bonnes pratiques internationales et nationales.

S'agissant d'une intervention urgente dans le cadre d'assistance à des personnes en danger, le présent guide représente un référentiel national et est destiné à toutes les catégories de professionnels de la santé quel qu'en soit le lieu d'exercice.

J'exhorte ainsi les professionnels de santé, à tous les niveaux et dans tous les secteurs, à veiller à son appropriation et à la mise en œuvre de ses dispositions, afin d'optimiser la prise en charge des victimes d'AES et sexuelle dans notre pays.

Pr. Khalid AIT TALEB
Ministre de la Santé
et de la Protection Sociale

Remerciements

Ce document a été élaboré sous la direction et la supervision de Dr Mohammed YOUBI, Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies et avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Nous remercions la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires ainsi que la Direction de la Population qui ont participé étroitement à l'élaboration de ce travail, la Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif, l'ONUSIDA et la consultante Dr Fatiha Guezzar.

Echelle11

Table des matières

Préface 3

Acronymes 7

Comité de rédaction et de lecture 9

Liste des figures et tableaux 10

I- Introduction 11

Définitions *12*

Public cible *12*

Objectifs du guide *12*

II- Contexte : 12

Situation épidémiologique du VIH/Sida *12*

Prise en charge des AES et exposition sexuelle dans le Plan stratégique National de lutte contre le sida *13*

Analyse de la situation de prise en charge des AES et exposition sexuelle au Maroc *14*

III- Méthodologie d'élaboration du guide 19

IV- La prévention des AES et exposition sexuelle 21

La prévention des AES *21*

La Prévention des accidents sexuels *23*

V- Les protocoles de prise en charge des victimes des AES et exposition sexuelle 23

La prophylaxie post exposition au VIH (PPE) : *23*

Pour le VHB *30*

Pour le VHC *33*

Pour les infections sexuellement transmissibles *35*

VI- Le suivi médical 35

Concernant le VIH *36*

Concernant le VHB *36*

Concernant le VHC *36*

VII- Organisation de la prise en charge des AES et sexuels 36
La filière de soins *36*
Les algorithmes et le circuit de prise en charge *38*
VIII- La déclaration de l'accident de travail 41
IX- L'orientation impliquant tous les intervenants et appui psychosocial des victimes 41
X- Les rôles et responsabilités 42
XI- L'approvisionnement et la gestion des kits de dépistage et des ARV 45
XII- La coordination 46
XIII- Le système d'information et de suivi évaluation 47
La tra*nsmission des données* *47*
Les indicateurs de suivi *48*
*Les méc*anismes du suivi 49
XIV- Références 50
XV- Annexes 52

Acronymes

ADD : Antiviraux à action directe
AES : Accident d'Exposition au Sang
ALCS : Association de lutte contre le sida
ARV : Antirétroviraux
AT : Accident de travail
AS : Accident de service
CCM : Comité de coordination du Maroc
CHP : Centre hospitalier provincial
CHR : Centre hospitalier régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CPE : Cellule provinciale d'épidémiologie
CRILS : Comité régional intersectoriel de lutte contre le Sida
DAT : Déclaration d'accident de travail
DCV : Daclatasvir
DELM : Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies
DHSA : Direction des Hôpitaux et Soins Ambulatoires
DRH : Direction des ressources humaines
DRS : Direction régionale de la santé
DP : Direction de la Population
DPS : Délégation préfectorale ou provinciale de la santé
EH : Etablissement hospitalier
ES : Exposition sexuelle
ESSP : Etablissement de soins de santé primaires
HCP : Haut-commissariat au plan
HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
HVB : Hépatite virale B
HVC : Hépatite virale C
Ig : immunoglobulines
INTI : Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse

IST	: Infections sexuellement transmissibles
MSPS	: Ministère de la santé et de la protection sociale
ODD	: Objectifs de développement durables
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAM	: Pôle des affaires médicales
PEC	: Prise en charge
PNLHV	: Programme national de lutte contre les hépatites virales
PNPEC FEVV	: Programme national de PEC des femmes et enfants victimes de violence
PNLS	: Programme national de lutte contre le sida
PPE	: Prophylaxie Post Exposition
PS	: Professionnelles du sexe
PSI	: pôle des soins infirmiers
PREP	: Prophylaxie préexposition
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
Score MELD	: Model For End Stage Liver Disease
SAU	: Service d'accueil des urgences
SOF	: Sofosbuvir
SRES	: service du réseau des établissements de santé
SSP	: service de la santé publique
SI	: Système d'information
UDI	: Usagers de drogue intraveineuse
UIPEC FEVV	: Unité intégrée de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence
VBG	: Violence basée sur le genre
Velpa	: Velpatasvir
VHB	: Virus de l'Hépatite B
VHC	: Virus de l'Hépatite C
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Comité de rédaction et de lecture

Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies :

- *Dr Mohammed YOUBI, Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies*
- *Dr Jaouad HAMMOU, Chef de division des Maladies Transmissibles, DELM*
- *Dr Ibtissam KHOUDRI, Chef de Service des MST/sida*
- *Mme Hasna SALEM, Cadre du Service des MST/sida*
- *Dr Elkhansa MAHDAOUI, Cadre au service des MST/sida*
- *Mme Meryem GHENNAM, Cadre au service des MST/sida*
- *Noureddine SAKHRI, Cadre au service des MST/sida*
- *Dr Amina EL KETTANI, Cadre au service des MST/sida*
- *Mme Boutaina EL OMARI, Coordinatrice de l'UGFM au Maroc*
- *Dr Latifa BELAKHEL, Chef de Division des Maladies Non Transmissibles, DELM*
- *Dr Ahmed SABIRI, Chef de service de la Santé des Travailleurs, DELM*

Direction des hôpitaux et des Soins Ambulatoires :

- *Dr Abdelilah BOUTALEB, Directeur des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires*
- *Dr Ilhame BACHISSE, Chef de Division des Urgences et Secours, DHSA*
- *Dr Abdelghani DRHIMEUR, Chef de Division des Hôpitaux, DHSA*
- *Dr Noura EL GUROUAHY, Chef de Division de l'Assistance, DHSA*
- *Dr Nabil BENCHAMA, Chef de Division des Soins Ambulatoires*
- *Dr Noureddine RATBI, Division des Urgences et Secours, DHSA*
- *Dr Rabii FAOUZI, Division des Hôpitaux, DHSA*
- *Dr Latifa ABDOUNI, Division des Hôpitaux*
- *Dr Mustapha EL HOUSNI, division des hôpitaux*
- *Dr Sarah BOUHAFA, Division des Urgences et Secours*

Direction de la Population :

- *Dr Abdelhakim YAHYANE, Directeur de la Population*
- *Dr Brahim BOUHMADI, Chef du Service de Réhabilitation et Gériatrie*
- *Samira HARCHAOUI, Unité Intégrée de PEC des Femmes et Enfants Victimes de Violence*

ONUSIDA :

- *Houssine EL RHILANI, Directeur de l'ONUSIDA au Maroc*

Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif :

- *Pr Mohammed TAHIRI,* Président de la SMMAD
- *Pr Wafae BADR, Secrétaire* Générale de la SMMAD

INH :

- *Dr El Mir HARTI*

Liste des figures et tableaux

Liste des figures

Figure 1 : Algorithme de l'Indication de la PPE en cas d'exposition professionnelle 28

Figure 2 : Algorithme de l'Indication de la PPE en cas d'exposition sexuelle 28

Figure 3 : Algorithme de l'indication de la PPE au VHB en cas d'exposition au sang ou sexuelle (personne source AH HBs(+)) 32

Figure 4 : Algorithme de l'indication de la PPE au VHB en cas d'exposition au sang ou sexuelle (personne source inconnue) 33

Figure 5 : Algorithme de dépistage et de diagnostic du VHC en cas d'AES 34

Figure 6 : Filière de la PPE après un AES ou une exposition sexuelle 37

Figure 7 : Circuit et algorithme de prise en charge des victimes d'accidents d'exposition au sang 39

Figure 8 : Circuit et algorithme de prise en charge des victimes de violences sexuelles 40

Figure 9 : Circuit du flux d'informations et d'approvisionnement en produits de santé 45

Figure 10 : Circuit de transmission des données 48

Liste des tableaux

Tableau I : Structures visitées et acteurs interviewés dans le cadre des visites d'observation 19

Tableau II : Entretiens à distance avec les acteurs au niveau stratégique 20

Tableau III : Critères d'évaluation du risque en cas d'AES ou ES 25

Tableau IV : Risque moyen de séroconversion après une exposition percutanée au sang 26

Tableau V : Posologie des ARV pour l'enfant de moins de 35 Kg en fonction du poids 29

Tableau VI : Protocoles simplifiés pour le traitement de l'HVC chronique par les AAD au Maroc 34

Tableau VII : Interprétation des résultats des tests de dépistage et de diagnostic de l'HVC 35

Tableau VIII : Rôles et responsabilités des structures impliquées 43

Tableau IX : Utilisation des données de l'AES ou exposition sexuelle selon la structure impliquée 49

I- Introduction

Définitions

On entend par **«AES»** les accidents d'exposition au sang ou à un liquide biologique contenant du sang (LCR, liquides des séreuses) et comportant, soit une effraction cutanée (piqûre ou coupure), soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur une peau lésée. Ces AES exposent à un risque de transmission du VIH et des virus des hépatites virales B et C.

Les éléments suivants ne sont pas considérés comme un AES :

- Piqûre ou coupure avec un matériel neuf ou stérilisé non encore utilisé.
- Piqûre ou coupure avec un matériel souillé qui est entré dans un processus de décontamination et nécessite une évaluation spécifique pour déterminer s'il existe encore un risque de transmission virale.
- Contact cutanéo-muqueux avec un liquide biologique non contaminant (ex: urines).
- Contact des gants avec du sang.
- Projection de salive sur la peau ou le visage.
- Contact cutanéo-muqueux suivi d'une désinfection dans les 15 minutes.
- Présence de sang sur une paillasse, un matériel de soins.

L'exposition sexuelle quand à elle peut être secondaire à des rapports sexuels non protégés, une rupture de préservatif ou une agression sexuelle ayant pour conséquence un risque de transmission des virus cités ci-dessus, mais aussi d'agents pathogènes responsables d'infections sexuellement transmissibles (syphilis, infections à gonocoque ou Chlamydia trachomatis, …).

L'exposition au VIH et aux autres germes pathogènes peut être professionnelle, subie au cours du travail non seulement par le personnel de santé mais aussi d'autres travailleurs, tels que les agents de sécurité, les personnes chargées du ménage ou celles qui peuvent, dans le cadre de leurs activités, être exposées au sang, tissus ou à des liquides organiques potentiellement infectés. Chaque jour, au cours de leurs activités professionnelles, des milliers de personnes sont exposées accidentellement au sang et à d'autres liquides ou tissus organiques. Le personnel de santé constitue ainsi un groupe particulièrement vulnérable.

Cette exposition peut être non professionnelle telle que l'exposition potentielle lors d'une agression sexuelle, l'utilisation commune de seringues entre consommateurs de drogues injectables ainsi que les relations sexuelles consenties non protégées ou avec rupture du préservatif.

Public cible

Ce guide est destiné au :

- Personnel exerçant au niveau des structures de santé privées ou publiques (centres de santé, hôpitaux, cabinets médicaux, cliniques, laboratoires…) ;
- Personnel des ONG exerçant au sein des centres de dépistage et responsables des programmes de prévention du VIH auprès des populations clés les plus exposées au VH ;
- Assistantes sociales des unités intégrées de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence ou dépendant des tribunaux, de la police nationale ou de la gendarmerie royale, oeuvrant dans le domaine de la lutte contre la violence faite aux femmes ;
- Gestionnaires au niveau national, régional et provincial des prorammes de lutte contre le sida (PNLS), du programme national de lutte contre les hépatites virales (PNLHV), du programme national de la santé pour la prise en charge des femmes et enfants victimes de violence, et de la santé au travail.

Objectifs du guide

- **Objectif général :** Améliorer les compétences et connaissances des professionnels de santé sur les directives nationales et l'organisation de la prise en charge des AES et exposition sexuelle.
- **Objectifs spécifiques :**

o Servir de cadre de référence pour la prophylaxie post-exposition (PPE) après un AES ou une exposition sexuelle ;

o Expliquer les conduites à tenir en cas d'AES ou exposition sexuelle ;

o Maîtriser les circuits de prise en charge d'AES ou exposition sexuelle et la filière de soins ;

o Définir les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la prise en charge des AES ou exposition sexuelle ;

o Connaître les modalités de suivi et évaluation de la PPE.

II- Contexte :

Situation épidémiologique du VIH/Sida

Au niveau international

En 2022, 39 millions de personnes [entre 33,1 et 45,7 millions] vivaient avec le VIH dans le monde, 1,3 million de personnes [entre 1 et 1,7 million] ont été infectées au VIH en 2022 et 630 000 personnes [entre 480 000 et 880 000] sont mortes de maladies liées en 2022 au sida.

Au niveau national

Selon le rapport national sida 2023, la prévalence du VIH demeure faible et stable dans la population générale. Elle est autour de 0,07% avec une concentration de l'épidémie parmi les populations clés les plus exposées aux risques d'infection parmi lesquelles les professionnelles du sexe (PS) à Safi qui a atteint 6,4%, les Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) à Agadir qui est de 4,9% et chez personnes qui s'injectent des drogues (PID) à Nador de 13,9% et chez les migrants à Agadir de 7,3%.

L'analyse dans le temps du nombre de cas d'infection par le VIH/sida notifiés dans l'ensemble du pays montre que près des deux tiers sont concentrés dans trois régions, la région Casablanca-Settat, la région de Marrakech-Safi et la région de Souss-Massa. La grande majorité des personnes vivant avec le VIH habite dans les villes confirmant ainsi la dynamique urbaine de l'épidémie. La transmission de l'infection à VIH se fait principalement par voie sexuelle.

Prise en charge des AES et exposition sexuelle dans le Plan stratégique National de lutte contre le sida

Elaboré dans le cadre du Plan Santé 2025, par le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS) avec l'ensemble des partenaires et avec l'appui du Fonds mondial (FM) et de l'ONUSIDA, le Plan stratégique national (PSN) d'extension 2023 traduit les engagements du Maroc à réaliser les objectifs de la déclaration politique des Nations Unies sur le VIH/sida de 2021 « accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 » ainsi que les Objectifs du Développement Durable (ODD).

Le PSN d'extension 2023 a pour objectif de réduire les nouvelles infections à VIH et la mortalité liée au sida de 50% d'ici 2023, lutter contre la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et renforcer la gouvernance pour assurer l'accélération et la durabilité de la riposte nationale au sida. Il vise également l'élimination de la transmission du VIH et de la syphilis de la mère à l'enfant.

Dans le cadre de la réduction des nouvelles infections par le VIH de 50% en 2023, une approche différenciée de prévention et de dépistage est développée pour les populations en situation de vulnérabilité notamment, pour les personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES) ou d'exposition sexuelle (ES) qui devront bénéficier d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition au VIH (PPE).

Analyse de la situation de prise en charge des AES et exposition sexuelle au Maroc

Situation épidémiologique

Des Accidents d'exposition au sang :

Une étude sur les accidents avec exposition au sang chez les soignants, conduite en 2014 a montré que durant leur carrière 64% des personnels soignants avaient été victimes d'au moins un accident exposant au sang dont 8% ont été déclarés au médecin de travail. Environ 96% de ces accidents concernent le geste et la manipulation des matériels souillés et 4% concernent l'élimination de ces matériels. Seul 52% du personnel étaient correctement vaccinés contre l'hépatite virale B (HVB). On note également un manque de connaissance de la séroconversion du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite virale C (HVC) chez le personnel de santé (respectivement, 17% et 11%). Seuls 20% des soignants déclarent l'utilisation régulière des moyens de prévention.

Selon une enquête multicentrique menée en mars 2000, l'incidence annuelle moyenne des AES par personne survenus en 1999 est de 1,5 tandis que celle estimée au cours de la totalité de la carrière professionnelle est de 14,3±28,1 ***De la Violence sexuelle :***

Au niveau national, selon l'enquête nationale du Haut-Commissariat au Plan (HCP) sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes de 2019, 82,6% des femmes de 15 à 74 ans ont subi au moins un acte de violence, toutes formes confondues, durant leur vie et 57% durant les 12 mois précédant l'enquête. Entre 2009 et 2019 la violence sexuelle a augmenté de 09 à 14%. De même, 5,7% des femmes (6,7% en milieu urbain et 3,9% en milieu rural) disent avoir subi une violence physique et/ou sexuelle avant l'âge de 15 ans.

Dans le contexte national, les données agrégées à partir des données administratives du Ministère de la Justice et des Libertés reprises dans une «étude sur la violence sexuelle à l'encontre des enfants au Maroc» publiée en 2014 par l'UNICEF, montrent que de 2010 à 2012, sur 24 522 cas de violences sur mineurs enregistrés, 6 314 représentaient des cas de violences sexuelles, soit près de 26%. Le type de violence sexuelle le plus important est l'attentat à la pudeur avec ou sans violence suivi du viol avec défloration et sans défloration.

Au niveau des unités intégrées de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence implantées dans les hôpitaux publics, en 2020, 6 230 enfants victimes de toutes violences confondues ont été pris en charge contre 5 862 en 2019 soit une augmentation de 6%, pour ce qui est de la violence sexuelle il s'agit respectivement de 1051 et 1188.

Principales conclusions de la revue du dispositif de PPE

Pour répondre au problème de longs délais de prise en charge de la prévention du VIH après un AES ou exposition sexuelle, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a mis en place en 2018, un nouveau dispositif de la PPE, basé sur les recommandations de l'OMS. Ce dispositif repose sur une évaluation du risque et une prise en charge médicale au niveau des services d'accueil des urgences avant de référer la victime d'AES au médecin de travail ou au médecin référent si indication. Quant aux victimes de violence sexuelle elles seront référées à l'unité intégrée de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violence pour compléter leur prise en charge selon les recommandations du programme national de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence (PNPECFEVV).

Le PNLS a procédé, en 2020, à une évaluation du dispositif de prise en charge des accidents d'exposition au sang et sexuelle, en prenant en compte plusieurs enjeux tels que l'implantation du dispositif basée sur des acteurs hospitaliers, la multiplicité des acteurs et secteurs impliqués notamment dans le cadre de la violence basée sur le genre (VBG) qui constitue une porte d'entrée pour la PPE et l'hétérogénéité des populations ciblées par cette intervention. Cette revue a relevé les points suivants :

Au niveau opérationnel :

• En cas d'AES :

- Une grande appropriation de l'approche de prise en charge de l'AES par les médecins de travail qui interviennent aussi dans la sensibilisation et la formation des professionnels de santé par la diffusion de documentation en rapport avec la prévention et la conduite à tenir en cas d'accident.
- La résistance de certains personnels des services d'accueil des urgences notamment certains médecins des urgences pour garantir la prise en charge des victimes plus particulièrement durant les horaires de gardes.
- L'existence de différences de mise en œuvre du dispositif entre hôpitaux incluant les centres hospitaliers universitaires (CHUs). Ces différences sont d'autant plus marquées en l'absence d'unité de santé au travail et d'accès aux examens complémentaires de type sérologie de l'hépatite B et C.
- Une grande difficulté pour la mise en place du dispositif quand le point focal est en dehors de l'hôpital.
- Un problème de continuité du service hors horaires administratives et pour les jours fériés et le weekend.
- Une gestion des médicaments qui varie selon les établissements : (dotation chez le médecin de travail, au niveau du centre référent ou au niveau de la

pharmacie des urgences). Dans le même sens, quelques dysfonctionnements ont été relevés par les médecins et pharmaciens notamment sur les dates de péremption et la disponibilité de certains médicaments.

- La non appropriation de la base de données Epi info par les médecins de travail. Le système d'information lié aux AES en place est fragmenté vu que les professionnels tiennent des supports d'information (dossiers des fiches, registres, application informatique) différents sans standardisation.

• ***En cas d'exposition sexuelle :***

- La majorité des victimes d'agression sexuelle sont adressées aux urgences par réquisition des autorités policières ou judiciaires ou de la part des associations. Le déterminant principal du recours des victimes de violences sexuelles est lié à la volonté des victimes de bénéficier de certificat médical au niveau du service d'accueil des urgences. Le recours spontané pour bénéficier de la PPE est très rarement constaté.
- Les victimes d'accidents d'expositions sexuelles sont adressées par les associations et font partie des populations avec qui ces associations travaillent de manière active pour la prévention et la sensibilisation.
- L'accès du grand public à une information appropriée concernant cette prestation de soins n'est pas sûr. Même lorsque les victimes consultent d'autres professionnels (centre de santé ou cabinets de ville par exemple), elles ne sont pas systématiquement orientées pour bénéficier de cette prestation.
- La connaissance du dispositif de la PPE après une exposition sexuelle par le personnel des urgences est très variable. Le personnel médical semble méconnaître le dispositif et n'est pas impliqué dans l'enclenchement de la prise en charge.
- Les hôpitaux disposant d'un médecin légiste bénéficient d'un atout important car il constitue une voie de recours pour la prise en charge de qualité des victimes de violences sexuelles en collaboration avec les assistantes sociales des UIPEC FVV. Les assistantes sociales de ces unités sont en général au centre du dispositif de la prise en charge des victimes de violence. Elles ont exprimé leur frustration à mobiliser le personnel médical pour la prise en charge des victimes notamment en cas de non présence du médecin légiste et en cas de nécessité d'examen spécialisées (gynécologues et pédiatres). Concernant le délai de prise en charge et comme ce recours se fait essentiellement sur la base d'une demande d'assistance légale (certificat médical) et non sur une demande d'assistance médicale, la majorité des victimes arrivent hors délai recommandé.
- Un point commun avec le circuit de prise en charge des accidents d'exposition au sang c'est qu'il y a un problème de continuité du service hors horaires administratifs et pour les jours fériés et le weekend.

- En ce qui concerne le système d'information, il y a une non harmonisation des registres de prise en charge des victimes, avec la non utilisation de la base de données standardisées.
- La consultation des ONG agissant dans le champ de la lutte contre le VIH/Sida a montré que les victimes avaient recours aux associations où elles bénéficient de l'accès au test de dépistage et à une écoute et un soutien psychosocial.

Au niveau stratégique on note :

- Une bonne clairvoyance par rapport à la théorie de programme liée au dispositif de la PPE avec une bonne documentation du processus.
- La disponibilité d'un ensemble de supports d'information pour cerner ses différentes composantes malgré l'absence d'un document synthétique de description ou guide du dispositif de PPE.
- Une absence de remontée d'information liée au système d'information du dispositif
- Un potentiel de synergie avec le Programme National de la Santé Pour la Prise en charge des Femmes et Enfants Victimes de Violence en matière de mutualisation des ressources et du système d'information.

Etat des lieux du dispositif de la PPE en 2022

Dans le cadre de l'élaboration de ce guide et pour approcher la situation du fonctionnement du dispositif de PEC des AES ou exposition sexuelle sur le terrain, des entretiens individuels approfondis ont été mené avec les responsables des programmes concernés au niveau national et avec les personnes impliquées dans le dispositif au niveau régional lors des visites des Directions régionales de la santé et de la protection sociale (DRS), Délégations provinciales de la Santé et de la Protection Sociale (DPS) et le Centre hospitalier régional (CHR) de Souss Massa et de Marrakech Safi. Ces entretiens et visites ont relevé les mêmes constatations soulevées lors de la revue qui sont comme suit :

- Un manque d'uniformité du dispositif de la PPE qui diffère d'un hôpital à un autre.
- La dispensation de la PPE au niveau des services d'accueil des urgences, même à Agadir où elle a fonctionné au début de sa mise en place, n'est plus opérationnelle depuis 2018. Ceci est dû à la pénurie en personnel dont souffre ce service et au grand Turn over du personnel rendant difficile la formation de toutes les personnes impliquées et posant le problème de la pérennité de la mise en place de la PPE au niveau des urgences.
- La PPE reste l'apanage des centres référents ou services des maladies infectieuses au niveau des CHR ou CHU dont le personnel est le plus qualifié pour prendre en charge tout ce qui se rapporte à l'infection VIH.

- Une faible implication des services concernés au niveau stratégique dans la conception du dispositif de PPE avec un manque de concertation et de coordination concernant sa mise en œuvre au niveau national, régional et provincial du fait de l'absence d'instances et mécanismes de coordination.
- Un manque d'accompagnement de l'implantation du dispositif de PPE au niveau du terrain avec l'absence de supervision à tous les niveaux.
- La faible implication des médecins au niveau des unités de santé au travail dans le suivi et la gestion de la base des données (BDD) des AES. A noter aussi le faible engouement du personnel de santé pour la vaccination contre l'HVB.
- Une importante sous notification des AES en raison du manque de sensibilisation du personnel de santé et aussi des expositions sexuelles en raison de la non continuité du service au niveau des UIPECFEVV.
- L'absence de notification des cas d'AES ou exposition sexuelle selon le système d'information préconisé et par conséquent, il n'y a eu aucun retour d'information vers le niveau provincial, régional ou national.
- La gestion du stock des antirétroviraux (ARV) se fait directement du niveau national vers les centres référents en raison de la non disponibilité de moyens logistiques pour assurer la distribution au niveau régional. L'unité d'approvisionnement régionale garde seulement un stock régional de sécurité.
- La mise en place des centres relais de prise en charge (PEC) de l'infection VIH dans un certain nombre de provinces pour pallier à l'insuffisance de l'offre de soins en matière de PEC.
- L'accès à la PPE en cas de survenue d'AES dans les centres de dépistage régis par les associations de lutte contre le sida se fait grâce aux bonnes relations avec les médecins du centre référent de prise en charge de l'infection VIH et n'est pas institutionnalisé. En cas d'agression sexuelle chez les populations clés les plus exposées au risque de l'infection VIH, la PPE est assurée grâce à la bonne coordination qui existe entre les associations et les assistantes sociales de l'UIPECFEVV. Pour faciliter l'accès à la PPE, l'Association de Lutte contre le Sida (ALCS) propose de l'intégrer dans les activités des cliniques de la santé sexuelle mises en place par l'association dans 08 villes qui fournissent déjà la prophylaxie préexposition (Prép) dans le cadre de la délégation des tâches.

III- Méthodologie d'élaboration du guide

La méthodologie utilisée pour l'élaboration de ce guide s'est basée sur trois étapes :

- La visite des CHR de Souss-Massa et de Marrakech-Safi. Ces visites ont concerné les services d'accueil des urgences (SAU), les Unités de Santé au Travail (UST), les UIPEC FEVV, le service administratif responsable de la déclaration de l'accident de service, le centre référent de prise en charge de l'infection par le VIH, le laboratoire et la pharmacie hospitalière. Au cours de ces visites, des entretiens ont été réalisés avec les responsables des services précités (tableau I). Ces entretiens étaient axés autour du circuit des victimes d'AES ou exposition sexuelle au niveau de l'hôpital. Différents thèmes ont été abordés en insistant sur les aspects pertinents en fonction du profil des interviewés, à savoir l'expérience locale en rapport avec le dispositif de PPE, les défaillances, les points faibles et les contraintes liés à la prise en charge, les besoins en formation du personnel impliqué dans la prise en charge des victimes d'AES et Sexuelle ainsi que les recommandations pour améliorer leur PEC.
- L'organisation en marge des visites sur le terrain, des réunions avec des acteurs stratégiques régionaux et provinciaux/préfectoraux au niveau des DRS de Souss-Massa et Marrakech-Safi. Les thèmes abordés lors de ces réunions concernaient le dispositif de PPE mis en place, les mécanismes de coordination entre les différents acteurs impliqués dans ce dispositif, le système d'information instauré et les modalités d'approvisionnement en produits de santé.

Tableau I : Structures visitées et acteurs interviewés dans le cadre des visites d'observation.

Région	Pro-vince	Etablis-sement	Unité/service	Profil de la personne interviewée
Souss-Massa	Agadir	DRS	Service de la santé publique URAP Unité de Santé au Travail	Chef du service Chef de l'unité Chef de l'unité
		DPS	SRES	Chef du SRES/Point focal provincial
		CHR	Direction de l'hôpital Service administratif Services de l'accueil des urgences Unité de Santé au Travail UIPEC FEVV Centre référent de prise en charge de l'infection par le VIH Laboratoire	Directeur Responsable de la déclaration de l'AT Médecin chef et major Médecin de Travail Assistante sociale Infectiologue, responsable du centre référent Responsable du laboratoire

Marrakech Safi	Mar-rakech	DRS	Service de la santé publique	Cadre du service/Point focal
		CHR	Direction de l'hôpital Service administratif Services de l'accueil des urgences Unité de Santé au Travail UIPEC FEVV Centre référent de prise en charge de l'infection par le VIH	Directeur Responsable de la déclara-tion de l'AT Médecin chef et major Médecin de Travail Assistante sociale Infectiologue, responsable du centre référent

- La conduite d'entretiens individuels approfondis à distance avec les responsables des programmes ou services concernés au niveau stratégique qui ont porté sur leur degré d'implication dans la conception et la mise en place du dispositif de PPE, les modalités de coordination, l'intégration du système d'information notamment entre le PNLS et le PNPECFEVV, les modalités de suivi ainsi que le circuit d'approvisionnement en produits de santé. Des entretiens à distance ont été menés aussi avec les responsables de l'ALCS au niveau national et régional (section d'Agadir) sur le circuit emprunté par les victimes d'AES survenus au niveau des centres de dépistage de l'infection VIH de l'ONG ou d'exposition sexuelle chez les PS ou HSH (Tableau II).

Tableau II : Entretiens à distance avec les acteurs au niveau stratégique

Niveau du dispositif	Profil
DELM	Chef du PNLS Point Focal National AES Point Focal National de la PEC VIH Point Focal National du système d'information Point Focal National du dépistage Chef du Service de la Santé des Travailleurs
UGFM	Coordinatrice de l'UGFM
Direction de la population	Responsable du PNPECFEVV
DHSA	Chef de la division de l'assistante sociale Le chef de la division des urgences et de secours Chef de division des hôpitaux
INH	Cadre du département de virologie
ONUSIDA	Directeur
ALCS	Responsable du dépistage au niveau national Responsable ALCS Agadir

- L'organisation d'un atelier national de validation du guide ayant pour objectifs de valider les différentes composantes du guide, de recueillir les propositions pour améliorer ces composantes et d'intégrer les recommandations issues de l'atelier de validation au niveau du guide.
- La validation de la version finale du guide avant impression.

IV- La prévention des AES et exposition sexuelle

La prévention des AES

La prévention des AES lors de soins et des prélèvements doit s'intégrer dans une démarche globale de prévention comprenant :

- L'évaluation des risques des différentes pratiques et la surveillance des AES par l'étude des circonstances de survenue de ces accidents permettant ainsi d'identifier les facteurs de risque, les gestes à risque ainsi que les catégories de personnel les plus exposées au risque d'AES dans le but d'orienter la prévention par l'unité de santé au travail ;
- L'implication de la sécurité dans l'organisation du travail ;
- La disponibilité de matériel de protection adapté : il est préférable d'utiliser du matériel à usage unique et des dispositifs médicaux de sécurité ;
- L'information et la formation du personnel sur les procédures de soin et l'utilisation du matériel ;
- La diffusion d'une conduite à tenir (CAT) en cas d'AES qui doit être connue par tout le personnel ;
- L'application des précautions standards de prévention pour réduire les risques de contamination du personnel lors de la manipulation des liquides biologiques qui doivent être considérés d'emblée comme infectants (annexe 10). Ces mesures de prévention visent ainsi à réduire le contact avec le sang pour éviter la contamination et doivent être appliquées dans tous les établissements de soin. Elles englobent :
  - o Le respect des recommandations en vigueur concernant le lavage et la désinfection des mains, notamment le lavage immédiat en cas de contact avec des liquides biologiques potentiellement contaminants et systématiquement après tout soin, après le retrait des gants entre deux patients ou deux activités ;
  - o Le Port de gants qui est nécessaire s'il y a un risque de contact avec du sang ou tout autre produit d'origine humaine avec les muqueuses ou la peau lésée d'un patient. Il est indispensable à l'occasion de soins à risque de piqûre et lors de la manipulation de tubes ou de flacons de prélèvements biologiques ou de linge et matériel souillé. Il doit être systématique si le professionnel de santé présente une lésion cutanée au niveau des mains qu'il faut panser

auparavant. A noter aussi que les gants doivent être changés entre deux patients ou deux activités chez le même patient ;

- o Le port d'une tenue adaptée (masque chirurgical antiprojection complété par des lunettes ou masque à visière, surblouse…) est nécessaire lorsqu'il y a un risque de projection de sang ou de produits biologiques potentiellement contaminants ;
- o Le respect des bonnes pratiques par le personnel de santé est essentiel lors de toute manipulation d'instruments piquants ou coupants souillés en restant vigilant et en veillant à :
  - Ne jamais recapuchonner les aiguilles ;
  - Ne pas désadapter à la main les aiguilles des seringues ou des systèmes de prélèvement sous-vide ;
  - Jeter immédiatement sans manipulation les aiguilles et autres instruments piquants ou coupants dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin, dont l'ouverture est facilement accessible et en ne dépassant pas le niveau maximal de remplissage ;
  - Manipuler avec précaution en cas d'utilisation du matériel réutilisable, lorsqu'il est souillé et en assurer rapidement le traitement approprié.

- La gestion des déchets des activités de soin débute par leur tri et conditionnement qui doit être réalisé au niveau des lieux de production en mettant les déchets non pathogènes dans des sacs noirs et les déchets à risque dans des sacs rouges. Les déchets non pathogènes peuvent être stockés à l'intérieur de l'établissement puis transportés vers les usines de traitement ou la décharge municipale ou pour enfouissement alors que les déchets à risque doivent subir un traitement (stérilisation, désinfection ou autre procédé) avant leur stockage et transport. Les déchets piquants et tranchants (DPT) représentent tout objet ou matériel étroitement associé aux activités des services sanitaires, susceptible de blesser et de présenter un risque d'infection. Ils doivent toujours être considérés comme contaminés, triés au niveau du lieu de production, ramassés dans des conteneurs rigides, stockés dans un endroit spécifique et clos et traités par un procédé permettant d'éliminer le risque infectieux. Ces DPT doivent être éliminés dans des collecteurs dotés des caractéristiques suivantes :
  - o Non perforable, transportable, de montage simple et dont l'orifice est adapté à une élimination uni manuelle et la fermeture transitoire est visuellement différenciée de la fermeture définitive ;
  - o La limite de remplissage du collecteur doit être indiquée sur la totalité du collecteur,
  - o Son volume doit être adapté aux besoins ;
  - o Stable, étanche et doté d'un système anti-reflux.

Le personnel de santé doit être formé sur l'utilisation de ces collecteurs qui doivent être placés au plus près des soins pour permettre l'élimination sans délai des DTP. Les collecteurs sont à leur tour éliminés lorsque le niveau de remplissage est atteint tout en veillant à ne jamais dépasser ce niveau.

• La vaccination contre l'HVB du personnel soignant.

La Prévention des accidents sexuels

L'exposition sexuelle accidentelle peut survenir en cas de rupture de préservatif ou lors des rapports sexuels non protégés avec le partenaire qui peut être régulier ou occasionnel. Pour prévenir cette exposion, une senibilisation de la population sur l'utilisation du préservatif s'avère nécessaire pour éviter les déchirures lors des rapports sexuels. Cette senibilisaion doit être menée particulièrement chez les jeunes et les populations les plus exposées au risque de l'infection VIH (HSH, PS). Chez ces dernières où l'utilisation du préservatif reste problématique, la PREP ou prescription d'ARV à titre prophylactique peut prévenir l'infection par le VIH qui n'a pas encore eu lieu mais qui a une forte probabilité d'avoir lieu ou de se répéter. Au Maroc, la PREP introduite par l'ALCS en 2019 à titre plilote est recommandée chez les HSH et PS. Elle est aussi recommandée dans le cas des couples sérodiscordants pour le partenaire non infecté toutes les fois où une option supplémentaire de prévention de l'infection à VIH s'avère nécessaire.

V- Les protocoles de prise en charge des victimes des AES et exposition sexuelle

Les protocoles de prise en charge des AES sont standardisés par le comité technique de PEC du VIH, dans la circulaire ministérielle N° 25/15 DELM/35 du 01 Avril 2022.

La prophylaxie post exposition au VIH (PPE)

Elle représente un moyen de prévenir la transmission VIH à une personne séronégative qui aurait été exposée au virus dans un cadre professionnel (AES) ou non professionnel (personne s'injectant des drogues ou exposition sexuelle). Elle consiste à administrer un traitement antirétroviral (ARV) le plutôt possible dans les 4 heures et au plus tard dans les 72 heures suivant une exposition au VIH.

La PPE comprend les premiers soins, la délivrance de conseils, le dépistage de l'infection VIH, de l'HVB et l'HVC et l'administration d'un traitement ARV pendant 28 jours avec un suivi médical.

Mesures générales :

En cas de survenue d'un AES, il faut immédiatement assurer les premiers soins qui consistent à (Annexe N°09) :

- Arrêter le geste en cours et se faire remplacer par un collègue ;
- Ne pas presser ni faire saigner ;
- Nettoyer la plaie et la peau à l'eau courante et au savon ;
- Désinfecter longuement (3 à 5 minutes) en plongeant la zone lésée dans une solution antiseptique, sinon en appliquant un pansement imbibé de produit par ordre de préférence :
    - o Chlorhexidine ;
    - o Antiseptique : polyvidone iodée, Dakin, alcool à 70° avec un temps de contact de 5 à 10 min minimums.
- S'il s'agit d'une projection sur muqueuse, il faut rincer abondamment les muqueuses avec de l'eau ou au sérum physiologique pendant 05 minutes au minimum, en évitant d'utiliser des solutions caustiques ou irritantes (eau de javel, alcool). En cas de port de lentilles de contact, il faut les enlever et les rincer.

L'objectif de ces premiers soins est de diminuer le contact avec les liquides biologiques afin de réduire au maximum le risque de transmission du VIH.

En cas d'agression sexuelle, il faut administrer les soins selon la nature de la violence en veillant à ne pas détruire les preuves.

Evaluation du risque

L'évaluation en cas d'AES se fait par l'examen de la plaie en précisant les éléments suivants :

- La profondeur de la blessure (superficielle ou profonde), piqure ou coupure ;
- Le temps d'exposition au sang ou liquide biologique > 15 minutes ;
- Le Liquide biologique en cause : sang ou autre liquide biologique ;
- Le Matériel en cause : coupure avec bistouri, piqure avec aiguille IV, IM ou SC, aiguille abandonnée ;
- Piqure avec aiguille pleine ou vide ;
- Morsure.

En cas d'agression sexuelle, il faut demander à la victime s'il y a eu pénétration vaginale ou anale et s'il y a eu éjaculation lors d'une fellation réceptive.

En cas d'exposition par l'usage de drogues IV, l'évaluation du risque de transmission se fait en fonction du matériel de préparation et d'injection partagé.

Après une exposition au sang, sexuelle ou par l'usage de drogues IV, les personnes ayant été exposées sont classées en catégories selon le niveau de risque (Tableau III).

Echelle11

Tableau III : Critères d'évaluation du risque en cas d'AES ou ES

Risque	AES	Exposition sexuelle	Exposition par l'usage de Drogues IV
Important	Piqûre profonde, aiguille creuse	Rapport vaginal réceptif ou insertif, Rapport anal réceptif ou insertif, Fellation réceptive avec éjaculation	Partage d'aiguille, de seringue et/ou de la préparation
	Dispositif intravasculaire (artériel ou veineux)		
Intermédiaire	Coupure avec bistouri		
	Piqûre avec aiguille IM ou SC		
	Piqûre avec aiguille pleine		
	Exposition cutanéo-muqueuse prolongée (> 15 minutes)		
Minime	Piqûre avec seringues abandonnées	Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	Partage du récipient, de la cuillère ou de l'eau de rinçage
	Crachats, morsures ou griffures		
	Tout ce qui ne figure pas plus haut		

Les AES peuvent être responsables de la transmission d'agents pathogènes de maladies infectieuses chez le personnel soignant, notamment le VIH, le VHB et le VHC.

Le VHC est relativement fragile en milieu extérieur, cependant dans le plasma, il peut survivre au séchage et à l'exposition à une température ambiante pendant au moins 16 heures.

Le VHB est hautement infectieux, il peut être transmis en l'absence de sang visible et reste infectieux dans l'environnement sur les surfaces pendant au moins 7 jours. Sur des études sérologiques réalisées aux USA en 1970, la prévalence du risque d'infection par le VHB était dix fois supérieure chez les professionnels de santé que dans la population générale.

Le VIH est un virus très fragile dans le milieu extérieur, et la transmission se fait par contact direct entre un liquide biologique contaminant et une muqueuse ou une peau blessée.

Le risque moyen de séro- conversion après une exposition percutanée est de (tableau IV) :

- 30% pour l'HVB en absence de vaccination chez le sujet exposé avec un risque d'évolution vers l'hépatite chronique de 10% ;

- 03% pour l'HVC avec un risque d'évolution vers une cirrhose ou hépatocarcinome de 60 à 80% ;
- 0,3% pour le VIH avec un risque d'évolution vers le Sida de 100%.

Tableau IV : Risque moyen de séroconversion après une exposition percutanée au sang

Virus	Evolution	Risque après APV	Vaccin	Prophylaxie
VIH	100%	0,3%	NON	Oui
VHC	60-80%	3%	Non	Non
VHB	10%	30%	Oui	Oui

Evaluation du statut sérologique et vaccinal de la personne exposée :

Il faut préciser le statut sérologique de la personne exposée pour savoir si elle ne porte pas déjà les virus précités à l'état asymptomatique car la PPE est destinée uniquement aux personnes séronégatives.

- Les examens sérologiques concernant le VIH ainsi que le VHB et VHC, doivent être pratiqués le plus tôt possible après une exposition au sang ou sexuelle (avant le 8ème jour), puis à S6 et S12. Les prélèvements à réaliser sont :

- La Sérologie VIH ;
- La Sérologie VHB : Ac anti HBs si vacciné et titrage quantitatif des Ac, Ag HBs, Ac anti HBc ;
- La Sérologie VHC ;
- Les ALAT ;
- La sérologie de la syphilis si exposition sexuelle.

La détermination du statut vaccinal de l'hépatite B de la personne exposée, se fera par la recherche à l'interrogatoire :

- De la notion de vaccination anti-hépatite B ;
- Du nombre de doses de vaccin prises tout en sachant qu'une vaccination complète implique 3 doses (0, 1 et 6 mois) ;
- Et si un dosage des anticorps anti-HBs a été fait et le résultat de ce dosage.

Le sujet exposé sera considéré comme :

- Vacciné et répondeur si les Ac HBs > 10 mUI/ml ;
- Vacciné et non répondeur si les Ac HBs < 10 mUI/ml.

Evaluation du statut sérologique de la personne source

Le statut sérologique de la personne source doit être obtenu après son accord ou celui d'un parent proche si la personne source est incapable de donner son accord. Il faut rechercher les sérologies récentes concernant le VIH, le VHC et le VHB (Ag HBs, Ac HBc) dans le dossier du malade. Si ces sérologies récentes ne sont pas disponibles, il faut faire de nouveaux prélèvements pour rechercher ces virus :

- Sérologie VIH et charge virale VIH si sujet connu VIH positif ;
- Sérologie VHB : Ag HBs, Ac anti HBc Sérologie VHC ;
- ALAT ;
- Sérologie VHC.

Indication de la prophylaxie post exposition

L'indication de la prophylaxie post exposition (PPE) dépend des informations collectées telles que le délai entre la consultation et l'exposition, la nature de l'exposition (au sang, sexuelle ou survenue lors de l'usage de drogues IV), les caractéristiques de l'exposition (faible, modérée ou importante) et le statut VIH du patient source.

La PPE doit être démarré d'urgence et poursuivi pendant 28 jours tout en informant la personne exposée sur les ARV et leurs effets secondaires. La personne qui reçoit les ARV doit prendre les mesures standards de précaution durant toute la période de suivi. Il faut également conseiller l'usage du préservatif et de la contraception ; déconseiller l'allaitement, le don de sang, sperme ou organe et évaluer et prendre en charge les autres risques.

• En cas d'exposition au sang (Figure N°01)

- Si le délai d'exposition est inférieur à 72 H et le statut VIH de la personne source est positif, la PPE est recommandée quel que soit le niveau de risque et la nature de l'exposition.
- Si le délai d'exposition est inférieur à 72 H et le statut VIH de la personne source est inconnu, la PPE est recommandée uniquement lorsque le niveau de risque de l'exposition est important.

La PPE doit être démarrée en urgence et poursuivie pendant 28 jours tout en informant la personne exposée sur les ARV et leurs effets secondaires.

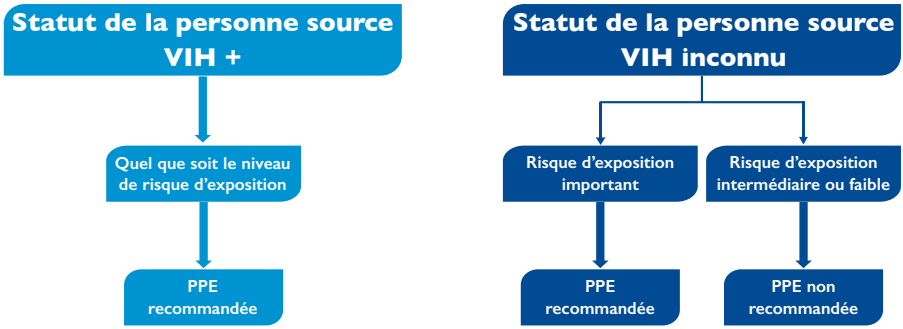

Figure 1 : Algorithme de l'Indication de la PPE au VIH en cas d'exposition professionnelle

• En cas d'exposition sexuelle (Figure N° 02) :

- Le PPE est recommandée dans les cas d'agressions sexuelles ou si exposition par accord consensuel avec une personne dont le statut VIH est connu positif.
- Le PPE n'est pas recommandée dans les expositions sexuelles consensuelles avec une personne dont le statut VIH est inconnu sauf si la personne exposée le souhaite absolument.

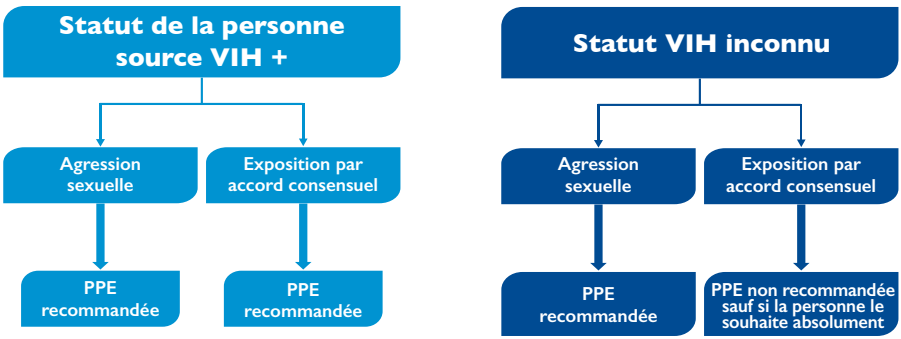

Figure 2 : Algorithme de l'Indication de la PPE au VIH en cas d'exposition sexuelle

• En cas d'exposition par l'usage des drogues IV

Etant donné que la transmission lors de l'usage des drogues IV se fait par le sang, l'indication de la PPE est la même que pour les AES.

Protocole des ARV en prophylaxie post exposition au VIH selon l'âge

Chez L'adulte :

- Le prescripteur doit assurer un Counseling, faire un test de grossesse pour la victime s'il s'agit d'une femme ou d'une adolescente et recommander l'utilisation du préservatif avec le conjoint ou partenaire durant toute la période du suivi.
- Le protocole de la PPE chez l'adulte et l'adolescent comporte 2 INTI et un troisième agent.
- Pour des raisons de commodités, la combinaison TDF+3TC (ou FTC) + EFV sera utilisée à large échelle dans les structures déconcentrées.
- Cependant, au niveau des Centres Référents de PEC, le TDF+3TC (ou FTC) + DTG peut être utilisé :
  - TDF= 300 mg/J en 1 prise ; 3TC = 300 mg/J en 1 prise ;
  - FTC = 200 mg/J en 1 prise ; DTG = 50 mg/J en 1 prise ;
  - Le DTG ne doit pas être prescrit chez la femme enceinte de moins de 08 semaines.

Le traitement post-exposition pour le VIH comporte le Tenofovir qui est également prescrit en PPE anti HVB.

Chez L'enfant :

- Chez l'enfant, la prophylaxie comporte 2 INTI et un troisième agent ;
- Pour l'enfant de 35 Kg et plus, le schéma est le même que pour l'adulte ;
- Pour l'enfant de moins de 35 Kg : AZT+ 3 TC+ LPV/r (Tableau V).

Tableau V : Posologie des ARV pour l'enfant de moins de 35 Kg en fonction du poids

Poids en Kg/ Molécule	3-5,9 kg	6-9,9 kg	10-13,9 kg	14-19,9 kg	20-24,9 kg	25-34,9 kg
AZT 60mg + 3TC 30mg (Comprimés sécables dipersibles)	1cpx2/j	1,5cpx2/j	2cpx2/j	2,5cpx2/j	3cpx2/j	
AZT 300/150 mg (cp)						1cpx2/j
LPV/r80/20 mg/ml (sol buv)	1mlx2/j	1,5mlx2/j	2mlx2/j	2,5mlx2/j	3mlx2/j	
LPV/r 200/50 mg (cp)						2 CP le matin 1 CP le soir
LPV/r granulés	2*2f/j	3*2f/j	4*2f/j	5*2f/j	6*2f/j ou cp1*2f/j	

Situations particulières

Dans toutes les autres situations particulières (grossesse, insuffisance rénale…) il faut consulter un infectiologue spécialiste (centre référent de PEC de l'infection VIH/Sida).

Informations nécessaires pour la personne ayant bénéficié de la PPE

Après avoir pris la décision de mettre la personne exposée sous PPE, il faudra lui expliquer les attitudes supplémentaires à adopter pour éviter la transmission telles que l'abstinence sexuelle, l'utilisation du préservatif, l'usage de la contraception et déconseiller l'allaitement. La personne sous PPE ne doit pas aussi faire un don de sang, de sperme ou d'organes et ne doit partager ni brosse à dents, ni rasoirs, ni seringues.

L'information portera aussi sur les effets secondaires des ARV et l'importance d'une observance optimale en respectant la prescription :

- En cas de nausées ou vomissements il est conseillé de prescrire un antiémétique;
- En cas d'oubli d'un comprimé : Pour les ARV prescrits en 1 prise par jour, si l'oubli est constaté dans les 12H suivant l'heure de prise habituelle, prendre le médicament dès que possible, avec de la nourriture, et poursuivre le traitement normalement. Si l'oubli est constaté plus de 12H après, ne pas prendre la dose oubliée et poursuivre à l'heure habituelle ;
- En cas de vomissements dans l'heure qui suit la prise, reprendre le ou les comprimés.

Pour le VHB :

Traitement post exposition

Vaccination anti-HVB : Doit être Débutée dans les 72 heures suivant l'exposition selon un schéma vaccinal de 03 doses de 20ug à M0, M1 et M6. Il s'agit de Vaccin inactivé, recombinant utilisant l'antigène HBs.

Le contrôle de l'immunisation post-vaccinale se fait 1 à 2 mois après la dernière dose de vaccin. Un taux d'anticorps anti-HBs > 10 mUI/ml définit la réponse au vaccin et confère la séroprotection contre le virus de l'HVB . Cette protection varie en fonction de l'âge de la vaccination, elle est de 95% chez les enfants, de 92% chez les adultes de moins de 40 ans et de 84% chez les adultes de plus de 40 ans.

Chez les personnes ayant reçu les 3 doses vaccinales et ayant un taux d'Ac anti-HBs < 10 mUI/ml, une dose supplémentaire de vaccin (Booster dose) permet d'augmenter la réponse vaccinale à 47%.

Immunoglobulines spécifiques (Ig anti-HBs) :

Les Ig anti-HBs doivent être administrées dans les 72 heures après l'exposition selon une dose de 0,06 ml/kg. Elles procurent une immunité passive et temporaire

de 3 à 6 mois. En cas d'administration combinée avec le vaccin, les injections doivent se faire sur 2 sites différents.

Indications de la prophylaxie post exposition

L'indication de la PPE dépend du statut vaccinal contre l'hépatite B de la personne exposée et du statut Ag HBs positif ou inconnu de la personne source.

Lorsque la personne source est Ag HBs positif (Figure N°03) :

- SI la personne exposée est vaccinée, un dosage des anticorps anti-HBs devra être fait pour évaluer la réponse vaccinale mais ne doit pas retarder le démarrage du PPE qui doit être fait dans les 72 heures post-exposition :
  - o S'il s'agit d'un sujet vacciné répondeur (taux d'anticorps anti-HBs > 10 mUI/ml): aucune prophylaxie post-exposition n'est recommandée.
  - o S'il s'agit d'un sujet exposé vacciné et non répondeur ou incomplètement vacciné :
- Si le doage des Ac anti-HBs est possible dans les 48H :
  - Ac HBs > 10 mUI/ml : pas de PPE.
  - Ac HBs < 10 mUI/ml : administrer les Ig anti-HBs + 1 dose vaccinale. Faire le dosage des Ac HBs, 6 mois après : si les Ac > 10 mUI/ml, on arrête la vaccination ; si les Ac < 10 mUI/ml, on complète le schéma vaccinal.
- Si le dosage des Ac HBs n'est pas disponible dans les 48 heures :
  - Procéder à l'administration des Ig anti-HBs et 1 dose de vaccin.
  - Pour le sujet incomplètement vacciné, il faut compléter le schéma vaccinal et refaire les Ac HBs 1 à 2 mois après la dernière dose de vaccin ou 6 mois après l'injection d'Ig anti-HBs.
  - Pour le sujet vacciné et non répondeur, faire un dosage des Ac HBs 6 mois après l'injection d'Ig, si Ac HBs > 10 mUI/ml on arrête la vaccination, si Ac HBs < 10mUI/ml on complète avec 2 autre doses de vaccin (revaccination complète de 3 doses y compris celle déjà reçue en post-exposition).
- Si la personne exposée est non vaccinée : Il faut entamer dans les 72 heures une sérovaccination complète comportant les Ig anti-HBs et la première dose du vaccin anti-HVB qu'il faut compléter avec le dosage des Ac antiHBs 1 à 2 mois après la dernière dose de vaccin.

Lorsque la personne source est Ag HBs inconnu (Figure N°04) :

- Si la personne exposée est vaccinée avec Ac HBs > 10mUI/ml : pas de PPE.
- Si la personne exposée est non vaccinée ou incomplètement vaccinée :
  - o S'il est possible d'avoir le dosage des Ac HBs dans les 48 heures :

- Si le taux des Ac HBs > 10, pas de PPE.
- Si Ac HBs < 10mUI/ml, Ig anti-HBs + vaccin. En l'absence d'Ig anti-HBs, un traitement par le ténofovir est instauré pour une durée de 28 jours si le patient n'est pas déjà sous PPE pour le VIH car ce dernier contient le tenofovir.

o S'il n'est pas possible d'avoir les Ac HBs dans les 48 heures :

- Si la personne exposée est sous PPE au VIH, il n'y a rien à ajouter.
- Sinon, administrer les Ig anti-HBs + vaccination complète ou complément de vaccination avec dosage des Ac HBs 1 à 2 mois après la dernière dose vaccinale ou 6 mois après l'injection d'Ig.

ATTENTION : Avant de démarrer le tenofovir, il faut toujours savoir si le patient n'est pas déjà sous PPE au VIH car la plupart des traitements prescris dans le cadre de la PPE comportent une association de ténofovir et d'emtricitabine, qui sont aussi des molécules actives sur le VHB. Plusieurs publications montrent une diminution des contaminations par le VHB chez des patients infectés par le VIH et recevant des antirétroviraux (ARV) incluant des anti-VHB, voire aucune contamination si le traitement comprend du ténofovir.

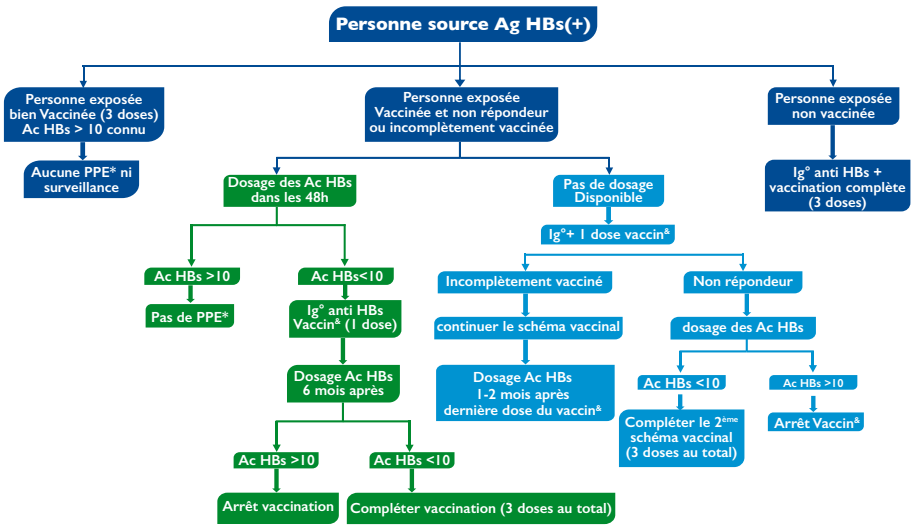

Figure 3 : Algorithme de l'indication de la PPE au VHB en cas d'exposition au sang ou sexuelle (personne source AH HBs (+))

* L'administration d'Ig n'est pas nécessaire en cas d'ADN HVB indétectable chez la personne source (si disponible dans le dossier de la personne source) et en cas d'utilisation de Ténofovir en PPE au VIH.

** L'administration d'Ig est légitime chez les non répondeurs en l'absence d'utilisation de Ténofovir en PPE et si la personne source est originaire d'un pays de haute ou moyenne endémicité pour le HVB et/ou usager de drogues par voie intraveineuse et/ou HSH et/ou avec partenaires multiples.

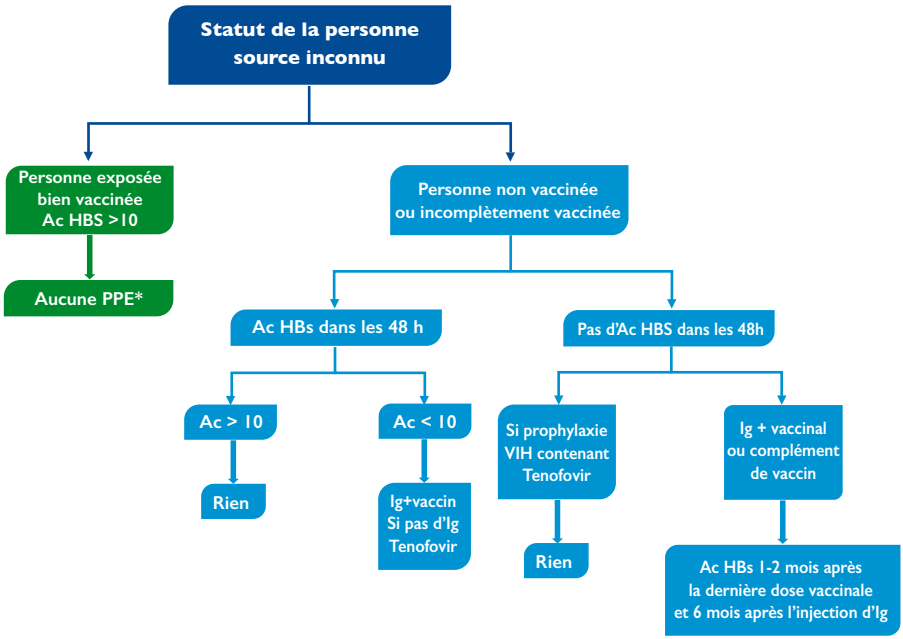

Figure 4 : Algorithme de l'indication de la PPE au VHB en cas d'exposition au sang ou sexuelle (personne source inconnue)

Pour le VHC :

En cas d'exposition au VHC après un AES ou exposition sexuelle, il n'est pas recommandé d'administrer un traitement préventif anti-VHC puisque son efficacité n'a été évaluée par aucune étude. La surveillance sérologique de la personne exposée reste la seule alternative et en cas de contamination (hépatite aiguë virale C ou séroconversion), un traitement spécifique sera envisagé.

Au Maroc, le comité national technique du Programme National de Lutte contre les Hépatites Virales (PNLHV), conformément à l'OMS, recommande l'utilisation des Antiviraux à Action Directe (AAD) dans le traitement de l'HVC chronique au détriment du traitement classique utilisé dans le passé . Des protocoles pan-génotypiques sont disponibles dont deux dans le cadre du PNLHV, notamment le SOf+DCV et SOF/Velpa. Dans le cadre du PNLHV, le protocole simplifié des AAD est adopté selon les situations illustrées sur le tableau VI. Pour les cas de cirrhoses décompensées, le score MELD doit toujours être calculé. Pour les CHP/CHR, Il est préférable de référer les patients cirrhotiques décompensés pour prise en charge dans une structure tertiaire (CHU) si score MELD≥18.

Tableau VI : Protocoles simplifiés pour le traitement de l'HVC chronique par les AAD au Maroc

HVC chronique quel que soit le stade de fibrose, OU cirrhose compensée (child A), et sans antécédents de décompensation	HVC chronique avec cirrhose décompensée OU notion d'épisode de décompensation antérieure
SOf+DCV pendant 12 semaines	SOF/Velpa + RIB pendant 12 semaines
Ou SOF/Velpa pendant 12 semaines	OU SOF/Velpa pendant 24 semaines si intolérance ou contre-indication à la RIB
	* Le score MELD doit toujours être calculé * Pour les CHP/CHR, Il est préférable de référer les patients pour prise en charge dans une structure tertiaire (CHU) si score MELD≥18

La confirmation du diagnostic de l'HVC et assurée par la PCR qui est réalisée dans les CHP/CHR disposant d'un Genexpert (CHR et/ou CHP de 12 régions) et dans les centres disposant d'un automate haut débit de biologie moléculaire (INH- CHR Agadir- CHU Marrakech- CHU Fès).

La prise en charge de l'HVC se fait au niveau des centres référents des CHP/CHR qui prennent en charge tous les cas d'HVC chroniques et cirrhoses compensées. Les cas de cirrhoses décompensées et les échecs aux AAD doivent être référés à un centre référent universitaire et discutés dans des réunions de concertations pluridisciplinaires..

Le dépistage ou diagnostic de l'hépatite C se fait selon l'algorithme suivant (figure N° 05):

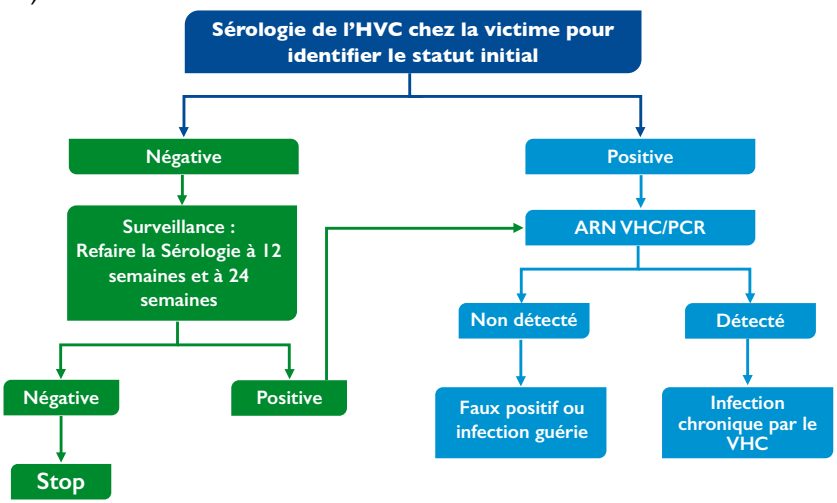

Figure 05 : Algorithme de dépistage et de diagnostic du VHC en cas d'AES

NB : La sérologie est réalisée après un AES pour identifier le statut antérieur de la victime, la surveillance est faite par la recherche des Ac anti-VHC à la semaine 12 et 24 post-exposition. Si la sérologie revient positive, compléter par une PCR virale C et si positive, traiter selon le programme national de prise en charge de l'hépatite virale C.

L'interprétation des résultats des tests de dépistage et de diagnostic de l'HVC se fait selon le tableau VII.

Tableau VII : Interprétation des résultats des tests de dépistage et de diagnostic de l'HVC

Résultat du test	Interprétation	Conduite à tenir
AC anti-VHC Négatif	Absence d'Ac Anti VHC	- Absence d'infection au VHC - En cas de suspicion d'une exposition récente, infection aigue ou d'immunodépression, préconiser la recherche de l'ARN viral
Ac anti-VHC Positif	Présomption d'une infection au VHC	- A confirmer par la recherche d'ARN viral
Ac anti-VHC Positif et ARN viral détectable	Infection en cours	- Fournir à la personne testée des conseils appropriés (conseling post test) et l'inclure dans le circuit de prise en charge thérapeutique
Ac anti-VHC et ARN viral indétectable	Aucne infection en cours (Guérison naturelle) ou Faux positif	- Répéter le test Ac anti-VHC et la recherche de l'ARN viral 3 à 6 mois après

Pour les infections sexuellement transmissibles

Aucune antibioprophylaxie n'est recommandée.

VI- Le suivi médical

Après une exposition au sang ou sexuelle, la personne exposée doit bénéficier d'examens sérologiques concernant le VIH, le VHB et le VHC le plus tôt possible après l'exposition (avant le 8ème jour) puis à S6 et S12.

Si la PPE est administrée, il faudra s'assurer, durant le suivi médical de la bonne observance du traitement en identifiant un éventuel besoin de soutien psychologique et de la bonne tolérance du traitement en prescrivant éventuellement un traitement symptomatique si nécessaire. Il faudra aussi rechercher des signes de primo-

infection à VIH (fièvre, céphalées, adénopathies, pharyngite, éruptions cutanées, malaises généraux, myalgie, arthralgie, nausées, vomissements, diarrhée, perte de poids, hépatosplénomégalie) ou d'hépatite aigue.

Concernant le VIH :

- La réalisation d'une sérologie VIH dans les premiers jours chez la personne exposée est nécessaire pour dépister une infection antérieure méconnue.
- La surveillance ultérieure chez la personne exposée n'est pas requise si la personne source est séronégative ou séropositive avec une charge virale indétectable (si une charge virale récente est d'emblée disponible dans le dossier).
- Une sérologie VIH à S6 et S12 doit être effectuée chez la personne exposée si la personne source est séropositive avec une charge virale détectable (si une charge virale récente est d'emblée disponible dans le dossier) ou inconnue ou si la personne source est de statut VIH inconnu.

Concernant le VHB :

- Si la personne exposée est vaccinée et répondeuse à la vaccination : Aucun suivi n'est nécessaire quel que soit le statut sérologique de la personne source.
- Si la personne exposée est non immunisée : dosage des Ag HBs, Ac anti HBc et Ac anti HBs à S12 si la personne source est AgHBS + ou de statut inconnu
- Si la personne exposée est vaccinée après l'exposition (personnel de santé) : Ac anti HBs à faire 01 mois après la fin du schéma vaccinal.

Concernant le VHC :

La surveillance est faite par la recherche des Ac anti-VHC à la semaine 12 et 24 post-exposition. Si la sérologie revient positive, compléter par une PCR virale C et si positive, traiter selon le programme national de prise en charge de l'hépatite virale C.

Cependant, pour les personnes immunodéprimées (traitement immunosuppresseur, insuffisance rénale chronique…), une PCR virale C à la semaine 12 sera demandée car la sérologie peut être faussement négative.

VII- Organisation de la prise en charge des AES et sexuels

La filière de soins

Le PNLS a mis en place un dispositif de prévention et de prise en charge des AES et sexuels qui a été mis en place depuis 2018 pour assurer la prise en charge des victimes de ces accidents ou agressions sexuelles. Le premier niveau est représenté par le lieu de survenue de l'AES qui peut être une structure de santé publique ou privée (centre de santé, service hospitalier, Cabinet médical, cabinet dentaire, clinique, Laboratoire …) ou un centre de dépistage d'une ONG de lutte

contre le sida. La victime d'AES après avoir bénéficié des premiers soins sur le lieu de l'accident est ensuite adressée au Service d'Accueil des Urgences du CHP le plus proche pour bénéficier de la PPE et d'un suivi médical au niveau de l'Unité de Santé au Travail du même CHP. La référence vers le niveau 3 représenté par le centre réfèrent au niveau régional ou le service des maladies infectieuses du CHU se fait uniquement en cas de complications. Les personnes ayant présenté une exposition sexuelle accidentelle doivent suivre la même filière.

En cas d'exposition sexuelle secondaire à une agression sexuelle la porte d'entrée dans le système de soin est représentée par les UIPECFEVV qui sont implantées au sein ou à proximité des Services d'Accueil des Urgences des hôpitaux tel que l'exigent les dispositions organisationnelles mises en place par le PNPECFEVV. Ces unités coordonnent avec les ONG thématiques, les cellules des tribunaux, de la sureté nationale et de la gendarmerie. Les assistantes sociales travaillant dans l'UIPECFEVV vont accompagner les victimes de violence sexuelle dans le cadre d'un circuit préférentiel intra hospitalier de PEC instauré par le PNPECFEVV pour bénéficier de la PPE et des prestations préconisées par ce programme. Le suivi médical sera assuré par un médecin désigné à cet effet (figure N° 06).

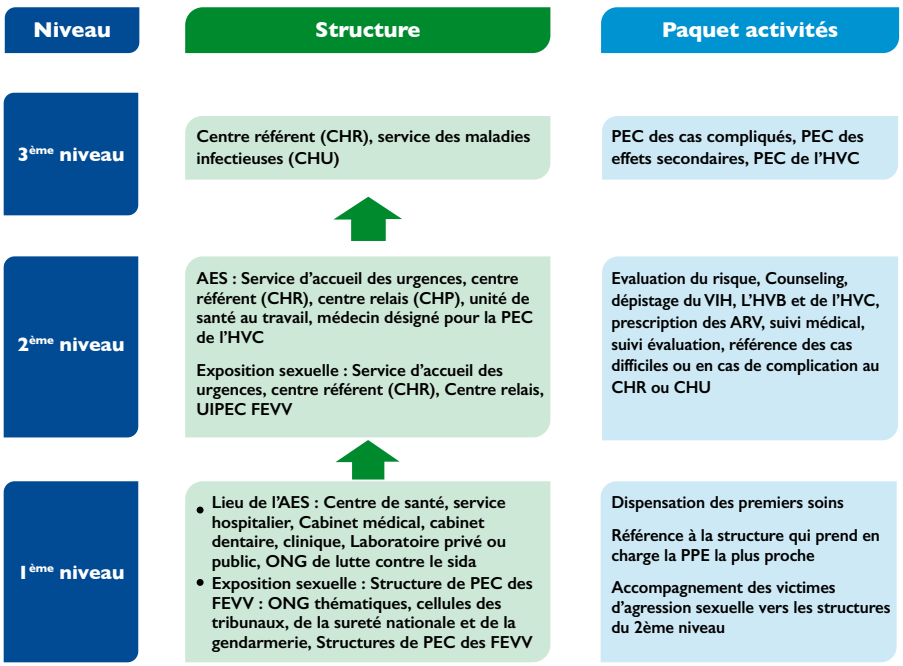

Figure 06 : Filière de la PPE après un AES ou une exposition sexuelle

A noter que le service des maladies infectieuses jouera le rôle de structure de 2ème niveau en dispensant la PPE pour les AES et ES du CHU et le rôle de structure de 3ème niveau pour la PEC des cas compliqués et des cas ayant présenté des effets secondaires référés par les structures de deuxième niveau. De même que pour les centres référents de PEC de l'infection par le VIH qui vont assurer la PPE pour le CHR mais aussi traiter les cas référés par les centres relais.

Les algorithmes et le circuit de prise en charge

Le dispositif de PPE repose sur une évaluation du risque et une prise en charge médicale au niveau du service d'accueil des urgences avant de référer la victime d'AES au médecin de travail pour en assurer le suivi et au médecin référent VIH si nécessaire (figure N° 07). Quant aux victimes de violence sexuelle, elles sont référées à l'unité intégrée de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence et suivent le circuit recommandé par le programme national qui régit ces unités (figure N°08).

La revue du dispositif de PPE et des visites effectuées sur le terrain ont mis l'accent sur la difficulté de mettre en place ce dispositif au niveau du SAU. Partant de ce constat, il serait préférable de l'instaurer au niveau des unités de santé au travail ou des centres relais ou centres référents si disponibles (Annexe 01 et 02) et ceci pendant les heures normales des jours ouvrables. Les urgences prendront le relai en dehors de ces heures, pendant les Week-end et jours fériés. Concernant les CHU disposant de services des maladies infectieuses assurant une garde résidentielle ou d'astreinte, la PPE sera implantée au niveau de ce service en plein temps comme c'est déjà le cas sur le terrain.

Pour faciliter l'accès à la PPE en cas d'agression ou exposition sexuelle chez les populations clés les plus exposées au risque de l'infection VIH ou devant un AES survenu dans les centres de dépistage régis par les ONG de lutte contre le Sida, on pourrait l'intégrer dans les activités des cliniques de la santé sexuelle de l'ALCS. A noter que ces dernières sont mises en place par l'association dans 08 villes et qu'elles fournissent déjà la prophylaxie préexposition (PREP).

De ce fait, plusieurs algorithmes de la PPE peuvent être envisagés selon l'existence ou non des services sus cités.

Echelle11

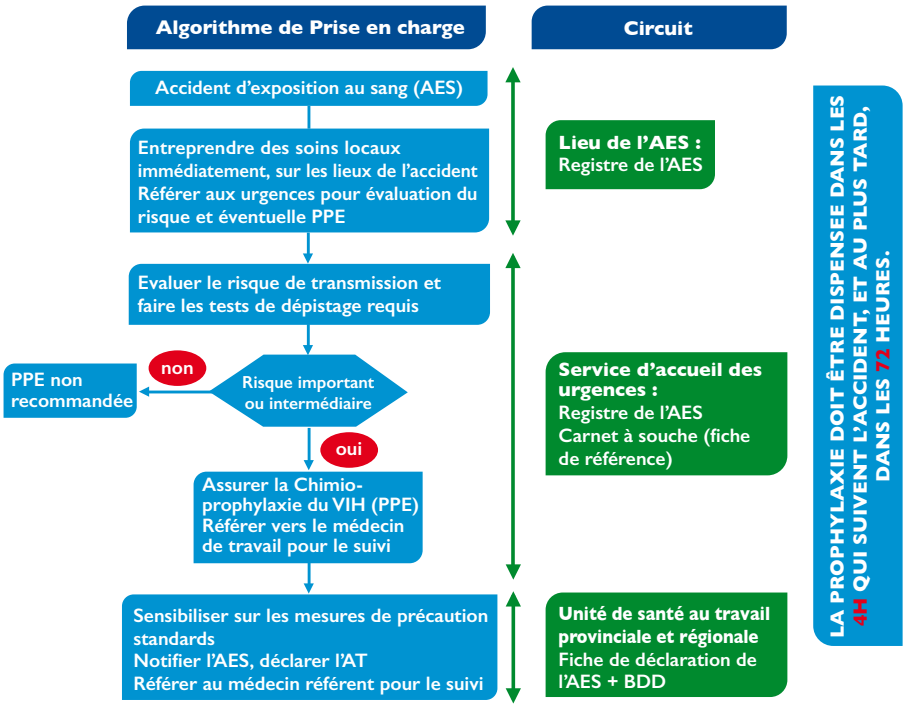

Figure 07 : Circuit et algorithme de prise en charge des victimes d'accidents d'exposition au sang

NB :

La prise en charge de l'AES (l'évaluation des risques de transmission, la réalisation des tests de dépistage requis et l'administration de la chimio-prophylaxie du VIH (PPE) sera effectuée par le médecin du travail ou le médecin référent pendant les horaires normaux du travail et le cas échéant, le médecin du service d'accueil des urgences.

La personne exposée dans le cadre de son travail sera ensuite envoyée à l'Unité de Santé au Travail pour la notification et suivi de l'AES et à l'administration pour la déclaration de l'accident de travail.

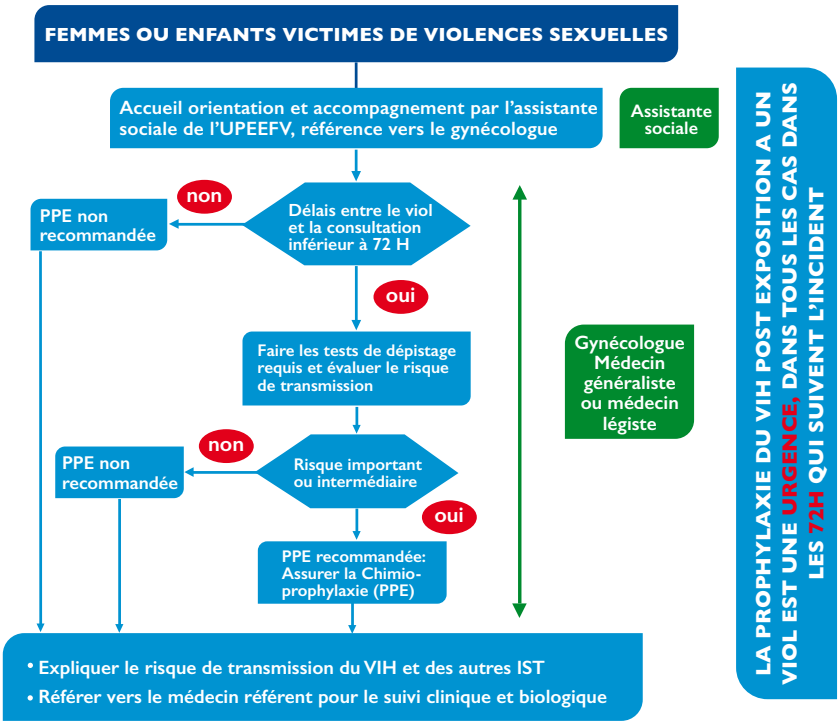

Figure 08 : Circuit et algorithme de prise en charge des victimes de violences sexuelles

La personne exposée sexuellement sera remise dans le circuit prévu dans le cadre des UIPEC FEVV pour bénéficier des autres prestations prévues par le programme national de PEC des femmes et enfants victimes de violences. L'assistante sociale de l'unité accompagnera les victimes pour l'obtention de certificat Médico-légal dans le cadre d'une consultation chez le médecin légiste si disponible au niveau de l'hôpital sinon un médecin du Service d'Accueil des Urgences pourra le délivrer. Les femmes victimes de violence pourront bénéficier de contraception d'urgence et aussi d'une consultation spécialisée d'un gynécologue-obstétricien alors que les enfants bénéficieront d'une consultation spécialisée d'un pédiatre. Le suivi clinique et biologique est assuré par le médecin désigné référent.

NB :

- Le médecin des urgences peut procéder à la PEC de la victime hors horaire de travail normal en cas de la non disponibilité d'un médecin de garde ;
- Les enfants bénéficieront d'une consultation spécialisée d'un pédiatre ;
- En cas d'exposition de plus de 72 heures, la PPE n'est plus recommandée ;
- Le suivi clinique et biologique à 1 et 3 mois est assuré par le médecin référent VIH.

VIII- La déclaration de l'accident de travail

Dans le secteur public, les accidents de travail (dits accidents de service) dont sont victimes les fonctionnaires et agents titulaires de l'Etat sont régis par la loi n° 011-71 du 30 décembre 1971 mettant place un régime de pensions civiles qui a institué une commission de réforme chargée de l'examen et de la validation des dossiers de ces accidents. De ce fait, la déclaration d'accident de service se fait au niveau de l'administration dont dépend la victime qui doit constituer un dossier composé d'un formulaire de déclaration de l'accident décrivant la date, le lieu et conditions de survenue de l'accident (annexe 08), un formulaire sur les témoins de l'accident ainsi qu'un certificat médical de constatation de l'accident qui doit être fait le même jour et un certificat si arrêt de travail. Dans un délai de 48 heures le chef hiérarchique doit transmettre un rapport attestant l'accident de service à la DPS qui envoie le dossier à la DRS qui le transmet à son tour à la DRH pour le soumettre au conseil de santé qui détermine le pourcentage d'incapacité dû à l'accident.

Si la déclaration de l'AT ou accident de service se fait au niveau de l'unité chargée des AT de l'hôpital, la notification de l'AES est assurée par le médecin de l'Unité de Santé au Travail qui doit le consigner sur la BDD mise en place à cet effet et sur le registre des accidents de travail et maladies contractées dans le service.

IX- L'orientation impliquant tous les intervenants et appui psychosocial des victimes

La prise en charge d'un AES implique plusieurs structures de santé publiques ou privées. De ce fait tout personnel de santé devrait connaitre la conduite à tenir en cas d'accident, le circuit à suivre depuis le lieu de l'accident jusqu'à la structure de PEC de la PPE au niveau de la province dont il relève. La personne exposée au sang, une fois arrivée au niveau de l'hôpital, doit obtenir les explications nécessaires concernant la PPE, la déclaration de l'AT et le suivi médical au niveau de l'unité de santé au travail.

La PEC des victimes d'exposition sexuelle quant à elle doit être globale et multidisciplinaire impliquant plusieurs intervenants des différents départements concernés par la prise en charge des personnes victimes de violence. En cas d'agression sexuelle, la victime qui s'adresse aux services de police ou de la gendarmerie doit être orientée vers l'UIPEC FEVV de l'Hôpital grâce aux mécanismes de coordination instaurées par le PNPECFEVV entre ces différentes unités. Les victimes d'agression sexuelle qui se présentent d'elle-même aux urgences de l'hôpital doivent bénéficier d'une évaluation du risque, de la PPE et d'une orientation vers l'UIPEC FEVV pour suivre toute la procédure requise par le PNPECFEVV.

Toutes les structures représentant des portes d'entrée dans la PEC des AES ou sexuels (structures de santé lieu de l'AES, centres de dépistage des ONG de lutte

contre le sida ou cellules dédiées aux FEVV) doivent afficher le circuit que doit suivre la personne exposée pour faciliter son orientation dans le système.

Les victimes d'AES ou d'exposition sexuelle ayant été mises sous traitement ARV, doivent bénéficier aussi de prestations qui rentrent dans le cadre du programme national d'appui psychosocial (PNAPS) dont principalement la médiation thérapeutique mise en place au niveau des centres référents de PEC de l'infection par le VIH pour améliorer l'observance du traitement et le suivi. Quant aux victimes d'agression sexuelle qui ont besoin d'accompagnement et d'appui psychologique, elles peuvent en bénéficier au sein des UIPEC FEVV qui disposent de personnel qualifié en la matière, à savoir des assistantes sociales et des psychologues.

X- Les rôles et responsabilités

Les rôles et responsabilités varient en fonction du niveau de la structure impliquée dans la PPE dans la filière de soin (tableau VIII). Ainsi les structures du premier niveau ou porte d'entrée dans le système de soin ont pour rôle de sensibiliser le personnel de santé sur les mesures universelles de sécurité pour éviter la survenue d'AES, les jeunes, les professionnelles du sexe et HSH sur l'utilisation du préservatif pour éviter l'exposition sexuelle accidentelle et les UDI sur l'utilisation des seringues jetables. Ces structures ont aussi pour responsabilité de sensibiliser le personnel sur la CAT en cas de survenue d'AES ou d'exposition sexuelle, le circuit à suivre et la structure responsable de la dispensation de la PPE au niveau provincial. Ces structures doivent aussi procéder à la mise en place d'un registre d'AES et à l'affichage du circuit de PPE.

Les structures hospitalières de deuxième niveau ont pour rôle d'assurer un bon accueil aux victimes d'AES ou d'exposition sexuelle, mettre en place un circuit fluide avec identification des différents intervenants, assurer la coordination entre les différents services impliqués, former le personnel impliqué dans ce dispositif sur les différentes composantes de La PPE.

Les structures hospitalières de troisième niveau ont pour rôle essentiel d'assurer l'appui des structures de deuxième niveau en termes de formation et la prise en charge des cas compliqués référés par ces dernières.

Tableau VIII : Rôles et responsabilités des structures impliquées

Structure	Acteur	Responsabilités	Besoins
Toutes les structures de soins	Tous les professionnels de santé	*Assurer les premiers soins de l'AES sur le lieu de l'accident *Assurer les références requises en cas d'AES ou exposition sexuelle	Supports de communication Sensibilisation
Service d'accueil des urgences	Médecin des urgences	*Prise en charge initiale de l'AES, avec dispensation de la PPE si requise hors horaire normal du travail, *Dispenser la PPE pour les cas de violences sexuelles en cas d'indisponibilité d'un médecin de garde *Assurer la traçabilité et la référence de l'AES ou de la violence sexuelle	Formation Kit de dépistage Kit ARV Carnet à souche pour la référence vers l'UST/ unité violence
Unité de santé au travail provinciale	Médecin de travail	*Assurer la prise en charge de l'AES pendant les horaires normaux de travail *Assurer la traçabilité et la référence de l'AES *Renseigner la BDD de l'AES *Assurer la notification et la déclaration de l'AT *Référer au CR pour le suivi *Remplir la fiche des évènements indésirables des ARV *Communication, sensibilisation et la diffusion d'une culture de prévention et de prise en charge des AES et sexuels.	Formation Fiche AES BDD
Centre référent de prise en charge des PVVIH	Médecin référent	*Appui et orientation *Réévaluation du risque *Suivi de l'AES et prise en charge des cas difficiles *Notification des cas d'AES (BDD)	Support de notification
Unité de santé au travail régionale	Médecin de travail	*Consolidation de l'information régionale *Idem UST provinciale	Formation Fiche AES BDD
Commissariat (Porte d'entrée de la victime de violence sexuelle)	Officier de police	*Accueil et appui psycho-social des victimes de violences sexuelles/Orientation dans les meilleurs délais aux services de prise en charge le cas échéant les services d'accueil des urgences pour évaluation du risque et éventuelle PPE.	Affiches de la prise en charge des victimes de violence sexuelle

Structure	Acteur	Responsabilités	Besoins
Unité intégrée de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence	Assistante sociale	*Assurer l'accueil, l'orientation, l'accompagnement des victimes d'agression sexuelle pour la prise en charge médico-sociale des victimes d'agression sexuelle. *La saisie et le signalement des cas au niveau de la plate-forme électronique dédiée à cette fin, *Information, éducation, accompagnement intra-hospitalier, sensibilisation et orientation des victimes vers d'autres instances en cas de besoin.	Formation Réviser la fiche violence en concertation avec tous les intervenants BDD
Pharmacie hospitalière	Pharmacien hospitalier	*Assurer la disponibilité et la gestion des ARV et des tests rapides de dépistage *Envoi des fiches de suivis mensuels de gestion ARV à URAP.	Formation Fiches de suivi Médicaments et kits
URAP	Pharmacien	*Redéploiement du stock au niveau régional *Transmission de la synthèse des données régionales	
Laboratoire de l'hôpital	Biologiste	*Appui au suivi biologique *Appui au Dépistage à visée diagnostique (DAD)	Kit dépistage Circuit logistique
Direction de l'hôpital	Directeur Chef du PAM	*Assurer les moyens humains et matériels *Coordination	Protocole de l'intervention
Délégation	Chef de SRES/ Délégué	*Assurer les moyens humains et matériels *Coordination	Protocole de l'intervention
DRS	Point focal régional VIH	*Consolidation de l'information régionale *Quantification *Transmission	Système d'information
DELM	Point focal AES au PNLS	*Consolidation de l'information nationale *Quantification/ dotation	Système d'information

XI- L'approvisionnement et la gestion des kits de dépistage et des ARV

L'approvisionnement en matière de médicaments ARV qui rentrent dans le cadre de la PPE au niveau national, doit suivre celui des ARV utilisés dans la PEC des infections VIH (figure N°09). La Direction de l'approvisionnement, après avoir reçu la commande par la DELM, procède à la répartition des médicaments aux régions et provinces selon le plan de commande/répartition préparé par la DELM. Ce plan est préparé à la base des informations sur la PPE transmises de l'hôpital à la DPS, puis à la DRS et à la DELM. L'information remontée est relative au suivi du stock (Consommation, besoin, stock …) et à la base des données hospitalières vers la Province, la Région et la DELM.

L'approvisionnement se fait du niveau central vers l'unité régionale d'approvisionnement (URAP) ou directement vers les pharmacies hospitalières si l'URAP ne dispose pas de logistique nécessaire à cette opération. La pharmacie hospitalière procède ensuite à l'approvisionnement du Service d'Accueil des Urgences, du centre référent ou centre relais. Ces derniers peuvent être sollicités en cas de rupture de stock d'ARV ou de cas compliqués.

Le suivi de l'état du stock peut être assuré aussi par des réunions de communication, de coordination et de feed-back de la DELM (PNLS) vers les régions, et de la région vers les provinces et enfin par des réunions provinciales de suivi.

L'approvisionnement en Kits de dépistage destinés à la PPE suit le même circuit que celui des tests de dépistage de l'infection VIH au niveau national.

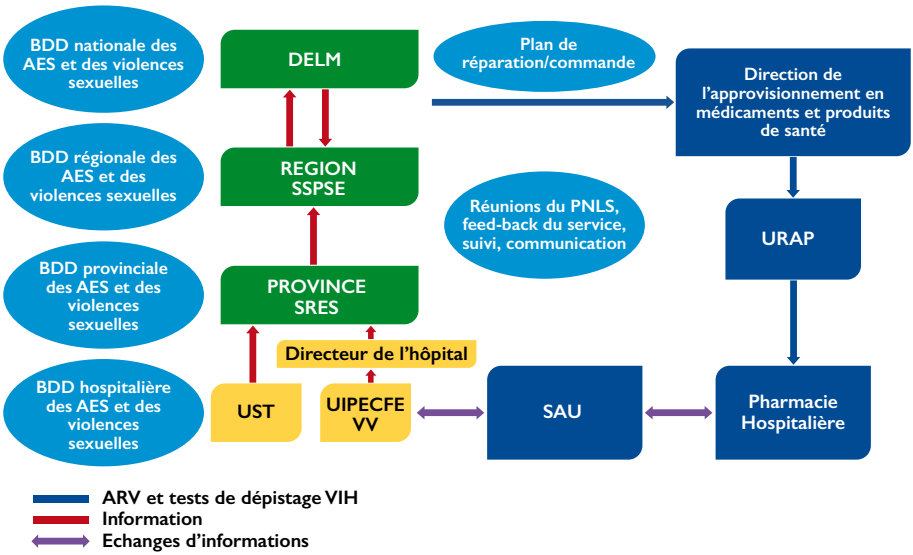

Figure 09 : Circuit du flux d'informations et d'approvisionnement en produits de santé

XII- La coordination

Le dispositif de prise en charge des AES et sexuelle comporte un ensemble de procédures et exige l'implication de plusieurs intervenants et une coordination entre les différents niveaux, notamment :

- Au niveau de l'hôpital entre les services des urgences hospitalières, les unités de santé au travail, les unités intégrées de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence, le centre relais ou centre référent de prise en charge de l'infection VIH et le laboratoire d'analyse médicale. Il serait judicieux de mettre en place une instance de coordination au niveau de l'hôpital avec une possibilité d'inclure cette instance dans l'unité de qualité-gestion des risques quand elle existe ;
- Au niveau provincial, la coordination entre les services hospitaliers et le réseau des ESSP pourrait se faire par le biais du chef du SRES qui a pour mission d'assurer la liaison et la coordination avec les établissements Hospitaliers, ainsi qu'avec les Réseaux d'établissements Médico-sociaux et le réseau intégré des soins d'urgences médicales La coordination doit se faire aussi entre l'assistante sociale de l'UIPEC FEVV et les assistantes sociales du Ministère de la justice (tribunal de première instance et cours d'appel), de la sureté nationale, de la gendarmerie royale ainsi que celles des ONG de lutte contre la violence faite aux femmes ou aux enfants et celles qui luttent contre le VIH. Cette coordination a pour objectif d'assurer une prise en charge globale et multidisciplinaire. Elle existe déjà et pourrait être renforcée dans le cadre de la commission locale de prise en charge des femmes victimes de violence présidée par le procureur du roi ou son substitut, et comprenant tous les intervenants associatifs et institutionnels ;
- Au niveau régional, la coordination peut être assurée dans le cadre des réunions de coordination entre les services de la direction régionale de la santé (service de la santé publique, unité régionale de santé au travail, unité régionale d'approvisionnement, observatoire régional de la santé et points focaux des délégations provinciales de la santé). Elle peut se faire également avec tous les intervenants institutionnels et associatifs au sein du comité régional de lutte contre le sida (CRILS) ;
- Au niveau national, la coordination peut se faire entre les différents services des directions concernées via des comités déjà mis en place et aussi au niveau du CCM.

Echelle11

XIII- Le système d'information et de suivi évaluation

Ce système d'information qui doit s'intégrer dans le SHI en cours de généralisation dans tous les établissements de santé (ESSP et EH) relevant du Ministère de la santé et de la Protection Sociale, se compose de :

- Une base de données nominative des AES (unité de santé au travail) (Annexe N°03) ;
- Un carnet à souches : Fiche individuelle de l'exposition au VIH (Annexe N°04)
- Un registre des accidents d'exposition au sang des établissements de soin (Annexe N°05) ;
- Un registre des accidents d'exposition au sang et sexuels des services de dispensation de la PPE (Annexe N°06) ;
- Une base de données nominative des expositions sexuelles (UIPEC FEVV) (Annexe N°07).

Dans le respect des dispositions de la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, le cas d'AES doit être consigné en premier lieu sur le registre dédié à cet effet au niveau de la structure de survenue de cet accident. Au niveau des SAU, il est enregistré sur le registre des AES et sexuels et sur une fiche individuelle au niveau d'un carnet à souches à trois exemplaires dont un pour le service, un deuxième pour l'unité de santé au travail alors que le troisième est remis à la personne exposée. Le carnet à souche comprend aussi un bon détachable concernant la dispensation des ARV destiné à la pharmacie hospitalière. Le médecin de l'unité de santé au travail, quant à lui va enregistrer les données concernant l'AES au niveau d'une base de données nominative qui servira aussi pour consigner les données concernant le suivi médical de cet accident. Le cas d'exposition sexuelle, sera consigné par l'assistante sociale de l'UIPEC FEVV au niveau d'une BDD nominative.

La transmission des données

La transmission de la BDD AES et celle des expositions sexuelles se fait mensuellement du CHP vers la DPS qui procède à la consolidation de ces données en une seule BDD préfectorale ou provinciale. La BDD provinciale ainsi établie est ensuite transmise à la DRS semestriellement pour la mise en place d'une BDD régionale. Cette dernière est transmise à la DELM pour la constitution d'une base de données nationale (figure N°10).

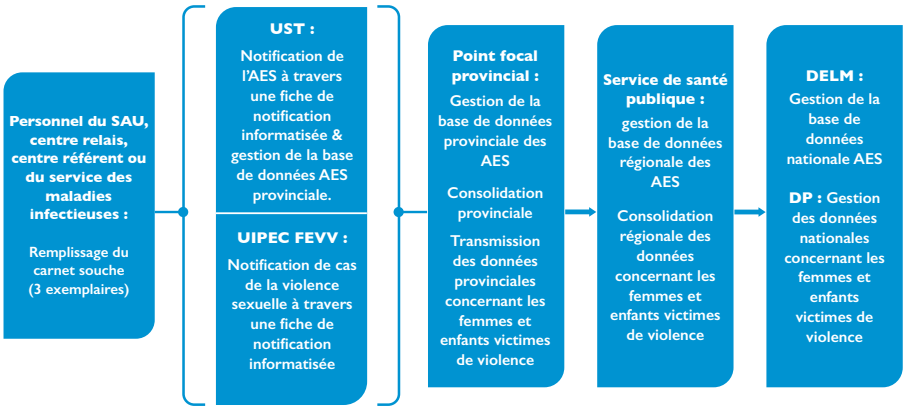

Figure 10 : Circuit de transmission des données

Les indicateurs de suivi

L'analyse des données et l'utilisation des résultats de cette analyse doit se faire à tous les niveaux selon les indicateurs de suivi qui sont comme suit.

- **Indicateurs relatifs aux cas d'AES**
  - o Nombre des AES enregistrés et distribution par sexe, âge, profil ;
  - o % des AES qui ont consulté dans les 4/ 72 H suivant l'AES ;
  - o % des AES nécessitant une prophylaxie du VIH qui ont reçu les ARV dans les 4/72 H suivant l'AES ;
  - o % des AES nécessitant une prophylaxie du VIH qui ont reçu les ARV dans les 72 h suivant l'AES et qui ont complété leur traitement ;
  - o % des personnes qui ont initié une prophylaxie post exposition au Sang, qui sont négatifs au VIH après 6 mois de suivi ;
  - o Le médecin de travail peut aussi analyser la BDD pour connaitre la distribution des AES par type, service, profil des personnes exposées, geste effectué ; analyser les modalités de prise en charge et de suivi ; identifier les gestes et personnes à risque ; analyser la disponibilité et l'utilisation des moyens de prévention et enfin analyser l'observance et la tolérance du traitement par les ARV.
- **Indicateurs de suivi des cas d'exposition sexuelle**
  - o Nombre des violences sexuelles enregistrées, nombre de violence sexuelle avec exposition sexuelle, distribution des violences sexuelles enregistrées par sexe, âge, type … ;
  - o % des violences sexuelles qui ont consulté dans les 72 H ;
  - o % des expositions sexuelles nécessitant une prophylaxie du VIH qui ont reçu les ARV dans les 72 H suivant l'exposition ;

Echelle11

- % des expositions sexuelles nécessitant une prophylaxie du VIH qui ont reçu les ARV dans les 72 H suivant l'exposition et qui ont complété leur traitement ;
- % des personnes qui ont initié une prophylaxie post exposition sexuelle, qui sont négatifs au VIH après 6 mois de suivi.

L'utilisation des données varie selon la structure impliquée dans le dispositif de PPE en cas d'AES ou exposition sexuelle (Tableau IX).

Tableau IX : Utilisation des données de l'AES ou exposition sexuelle selon la structure impliquée

Niveau	Support d'informatin	Utilisation
Urgences	Registre de l'AES et de l'exposition sexuelle Carnet à triple souche	Traçabilité et référence
Unité de santé au travail	• Fiche individuelle de l'AES . BDD des AES . Registre de l'AES	Suivi des AES Analyse des indicateurs Analyse des circonstances de l'AES et de l'environnement du soin Mise en place des mesures préventives Transmission de l'information
Unité violences	• Fiche individuelle de l'agression sexuelle • BDD des agressions sexuelles	Analyse des indicateurs Transmission de l'information
CPE	Consolidation de l'information provinciale	Quantification des besoins en test et en Prophylaxie Transmission de l'information
SSP SSE	Consolidation de l'information régionale	Quantification des besoins en test et en Prophylaxie Riposte Transmission de l'information
DELM	Consolidation de l'information nationale	Quantification des besoins en test et en Prophylaxie / dotation Riposte

Les mécanismes du suivi :

Le suivi sera assuré par le biais de réunions périodiques :

- Au niveau hospitalier dans le cadre de l'instance dans laquelle le mécanisme de coordination relatif à la PPE a été inséré
- Au niveau provincial, dans le cadre des réunions de suivi des programmes par le SRES
- Au niveau régional, dans le cadre des réunions de suivi et évaluation des plans d'action régionaux
- Au niveau national, dans le cadre des réunions de suivi et évaluation des plans d'action nationaux

Le suivi sera également assuré par la supervision de cette activité qu'il faudra intégrer dans le cadre des visites de supervision prévues par la DPS vers l'hôpital et de la DRS vers le niveau provincial et de la DELM vers les niveaux déconcentrés.

Une supervision conjointe entre le PNLS, l'unité de santé au travail, le programme de PEC des femmes et enfants victimes de violence pourrait améliorer la coordination de cette activité à tous les niveaux.

L'évaluation de l'ensemble du dispositif sera assurée par des évaluations internes et externes.

XIV- Références

- Les accidents avec exposition au sang chez les soignants : connaissances, attitudes, pratiques et prévention dans la région de Gharb au Maroc, Younes Azzouzi1, Mohamed EL Bakkali1, Abderrazzak Khadmaoui2 , Ahmed Omar Thami Ahami3, and Samir Hamama4.
- Comportement et conditions de travail exposant au sang : analyse des pratiques dans trois établissements de soins du Maroc, K. Djeriri a, , R. Charof b, H. Laurichesse c, L. Fontana a, R. El Aouad b, J.L. Merle a, P. Catilina a, J. Beytout c, A. Chamoux a
- HCP, Enquête nationale sur la violence à l'encontre des femmes et des hommes 2019
- Etude sur la violence sexuelle à l'encontre des enfants au Maroc, réalisée par l'association AMANE et l'UNICEF, avec la contribution d'ECPAT France et de l'Agence Française de Développement, 2014
- Prévention et prise en charge des AES, manuel pratique, GERES, ESTHER, 2008.
- Kamili S., Krawczynski K., McCaustlandK., Li X., Alter M.J. Infectivity of hepatitis C virus in plasma after drying and storing at room temperature. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2007; 28(5), 519-524.
- US Public Health Service. Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR 2001;29:50.
- Bond WW, Favero MS, Petersen NJ, et al. Survival of hepatitis B virus after drying and storage for one week. Lancet 1981;1:550–1.
- Van Bueren J., Simpson R.A., Jacobs P., Cookson B. D. Survival of human immunodeficiency virus in suspension and dried onto surfaces. Journal of Microbiology. 1994 ; 32(2), 571-574.
- CDC Guidance for Evaluating Health-Care Personnel for Hepatitis B Virus Protection and for Administering Postexposure Management. December 20, 2013.
- Révision de la stratégie nationale de diagnostic de l'infection VIH et prise en charge des personnes vivant avec le VIH, circulaire ministérielle N° 25/15 DELM/35 du 19 Avril 2022.
- Module E learning sur les AES, développé par le PNLS.

- Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach December 2014.
- Règlement intérieur des hôpitaux, 2010.
- Décret No du 24 juillet 2015 (Articles 5-6 et 7) et Arrêté du Ministre de la Santé No du 4 janvier 2016 relatif à l'organisation et aux attributions des services déconcentrés du Ministère (Article 13).
- Dahir N° 1-18-19 du 5 Joumada II 1439 (22 février 2018) portant promulgation de la loi n° 103-13 relative à la lutte contre les violences faites aux femmes.
- Guide national de PEC de l'HVC.
- Document de cadrage du Programme National de PEC des femmes et enfants victimes de violence.
- Plan d'extension 2023 du PSN de lutte contre le VIH.
- Rapport national sur le sida,18 Mai 2022.
- Rapport d'évaluation du dispositif de prévention et de prise en charge des victimes d'accidents d'exposition au sang et sexuels au Maroc, 2021
- Protocole National AES, 2020.
- Epidémiologie du risque infectieux lié aux AES, GERES, 2019.
- Manuel pratique sur la prévention et prise en charge des AES, GERES, 2008.
- Dahir n° 1-14-90 du 29 décembre 2014 d'application de la loi 18.12 relatif à la réparation des accidents du travail.
- Circulaire N°14 du Ministère de la Santé du 13 février 2019 portant sur la gestion des accidents de service durant le travail.
- Circulaire N° 71 /DELM/23 du 21 novembre 2013 sur la restructuration des unités de santé au travail régionales et provinciales/préfectorales

XV- Annexes

Annexe N° 01 : Liste des centres référents de PEC de l'infection par le VIH chez les adultes

Centre référent	Préfécture/ Province	Hôpital	Centres référents
Rabat-Salé-Kénitra	Rabat	Hôpital Ibn Sina	Service de Médecine A
		Hôpital Militaire HMIMV RABAT	Service des Maladies Infectieuses
Casablanca-Settat	Casablanca	Hôpital Ibn Rochd	Service des Maladies Infectieuses
		CHR My Youssef Casa Anfa	Service des Maladies Infectieuses
Marrakech-Safi	Marrakech	Hôpital Ibn Zohr	Service des Maladies Infectieuses
		Hôpital Arrazi	Service des Maladies Infectieuses
		Hôpital MILITAIRE IBN SINA	Service des Maladies Infectieuses
	ESSAOUIRA	CHP d'Essaouira	CHP d'Essaouira
		Hôpital MOHAMED V SAFI	Service des Maladies Infectieuses
Souss-Massa	Agadir	CHU D'AGADIR	Service des Maladies Infectieuses
		Hôpital Hassan II D'AGADIR	Service des Maladies Infectieuses
	Tiznit	Hôpital Hassan I	Centre de diagnostic
	Taroudant	Hôpital Mokhtar Es-Soussi	Service de Medecine
Fès-Meknès	Meknès	Hôpital Militaire My Ismail	Service des Maladies Infectieuses
		Hôpital Mohammed V	Service de Médecine
	Fès	Hôpital des Spécialités	Service de Médecine Interne
Tanger-Tétouan-Al Hoceïma	Tétouan	Hopital civil de Tetouan	Service de Médecine interne
	Tanger	CHU TTA TANGER	Service de Médecine interne
		Hôpital Duc de Tovar	Service de Médecine
Béni Mellal Khénifra	Khénifra	CHP de Khénifra	Hôpital du jour
	Khouribga	CHP HASSAN II	Hôpital du jour
	Béni Mellal	CHR- Beni Mellal	Service de Médecine
L'Oriental	Oujda	Hôpital Al Farabi	Service de Médecine
	Nador	Hôpital Al Hassani	Service de Médecine
Laâyoune-Sakia El Hamra	Lâayoune	CHR Moulay El Hassan Ben Mehdi	Service de Médecine
Dakhla-Oued Ed-Dahab	Dakhla	CHR HASSAN II	Service des Maladies Infectieuses

Echelle11

Annexe N° 02 : Liste des centres référents de PEC de l'infection par le VIH chez l'enfant

Centre référent	Préfécture/ Province	Hôpital	Centres référents
Rabat-Salé-Kénitra	Rabat	Hôpital d'Enfants	Service de Pédiatrie I
	Rabat	Hôpital Militaire HMIMV RABAT	Service de Pédiatrie I
Casablanca-Settat	Casablanca	Hôpital d'Enfants Abderahim Harouchi	Service de Pédiatrie I
Marrakech-Safi	Marrakech	Hôpital Ibn Zohr	Service Pédiatrie
		Hôpital Mère- Enfant	Service de Pédiatrie A
Souss-Massa	Agadir	Hôpital Hassan II D'AGADIR	Service Pédiatrie I
	Agadir	CHU D'AGADIR	Service Pédiatrie
Fès-Meknès	Meknès	CHP MOHAMMED V	Service Pédiatrie
	Fès	Hôpital Mère- Enfant	Service de Pédiatrie
Tanger-Tétouan-Al Hoceïma	Tanger	CHU TTA TANGER	Service de Pédiatrie
Béni Mellal-Khénifra		CHR- Beni Mellal	
L'Oriental	Oujda	Hôpital Mère- Enfant	Service de Pédiatrie
	Nador	Hôpital Al Hassani	Service de Pédiatrie
Laâyoune-Sakia El Hamra	Lâayoune	CHR Moulay El Hassan Ben Mehdi	Service de Pédiatrie

Annexe N° 03 : Fiche de déclaration d'Accident d'Exposition au Sang ou liquide biologique (AES)

Section A : Identification de l'établissement

- Numéro d'ordre : Fiche remplie par
- Province :
- Code province :
- Région
- Etablissement de santé :
- Catégorie de l'établissement :
- Service :
- Poste de travail :

Section B : Identité de la personne exposée :

- Numéro d'admission ou numéro d'enregistrement dans le service des urgences : ----
- CIN : - - - - - - - -
- Sexe : M/F

- Age : - -
- Nationalité :
- Profession :
- Horaires (heures) :
- Ancienneté dans la fonction (en années) : - -
- Ancienneté dans le service (en années) : - -
- Statut vaccinal VHB :

Section C : Circonstance de l'AES :

1. Date et heure de l'exposition : - - / - - / - - - -

NB : a.m (ante meridiem, soit avant midi) pour la période de minuit à midi/p.m (post meridiem, soit après midi) pour la période de midi à minuit.

2. Lieu de l'AES :

3. Geste pratique au moment de l'AES :

4. Avez-vous été sujet d'un accident d'exposition au sang ?

Si oui combien de fois ? ----

Section D : Nature de l'exposition

1. Piqûre : Oui/Non

a. Aiguille :

b. Trocart :

c. Profondeur de la piqûre :

2. Coupure : Oui /non

4. Morsure: Oui /non

Circonstances en clair : Ecrire si besoin de plus de détail pour expliquer la situation

.....

1. Port de gant lors de l'AES :

Si oui combien de pairs : - -

Si non pourquoi :

2. Aviez-vous un conteneur à portée de la main :

3. Prévention de la projection sur le visage :

Si oui quel moyen de prévention utilisé (plusieurs choix) :

Date et lieu de la consultation pour la Prophylaxie Post Exposition (PEP) :

1. **Date et Heure de la consultation**
2. **Lieu de la consultation**

Soins et bilans reçus pendant la consultation :

- Lavage /désinfection :
- Dépistage du VIH par Test Rapide :
- Sérologie des Hépatites :
- Autres :

1. VIH Source :
2. VHB Source :
3. VHC Source

3.1. Statut VHC source : Virémie :

1. VIH Personne exposée :

2. VHB Personne exposée : 2.1. VHB : Statut Ag HBs Personne exposée :

2.2. VHB : Statut Ac Anti HBs Personne exposée :

2.3. VHB : Statut Ac Anti HBc Personne exposée :

2.4. VHB : Statut Ag HBe Patient :

3. VHC Personne exposée :

3.1 Statut VHC personne exposée : Virémie :

4. Personne exposée Vaccinée (VHB) :

Résultat de l'évaluation du risque et chimioprophylaxie :

VIH :

1. Résultat de l'évaluation du risque VIH :

1. Indication de la Chimio-prophylaxie du VIH :

2. Protocole :

Si recommandée et non délivrée pourquoi ?

3. Date et heure de l'initiation de la prophylaxie :.....
.....

VHB :

1. Résultat de l'évaluation VHB :
2. Indication de la vaccination VHB :

VHC :

1. Résultat de l'évaluation VHC :

Observance :

1. Observance :
2. Date interruption du traitement ARV:
3. Si arrêt du traitement pourquoi ?

Tolérance :

Suivi sérologique :

	VIH	VHB	VHC	Autres
J0				
Mois 1				
Mois 3				
Mois 6				

Délais :

Délai 1 : Date & heure de consultation - Date & heure d'exposition

Délai 2 : Date & heure de la prise de la 1ère dose - Date & heure de consultation

Délai 3 : Date & heure de la prise de la 1ère dose - Date & heure d'exposition

Annexe N° 04 : Carnet à souches (Fiche individuelle de l'exposition accidentelle au VIH (Service d'accueil des urgences)

Médecin prescripteur ;……..

Région ……..

Province ……..

Etablissement de santé :……..

Date & heure de la consultation aux urgences :

Date de consultation :- -/- -/- - - -

Heure de la consultation : - - h - - min

Identification de la personne exposée

N° d'admission : - - - - - - - - -

Sexe : Femme Homme Age : - -

Statut VIH Personne exposée :

- Positif
- Négatif
- Inconnu

Circonstances de l'exposition :

Date d'exposition :- -/- -/- - - -

Heure d'exposition :- - h - - min

Nature de l'exposition :

- Exposition au Sang ou liquide biologique
- Exposition sexuelle

Statut VIH Source :

Positif Négatif Inconnu

Résultat de l'évaluation du risque :

- Important
- Intermédiaire
- Minime
- Nul

Dispensation d'une Chimio-prophylaxie ARV :

Chimio-Prophylaxie délivrée :

Oui Non

Date de dispensation des ARV :- -/- -/- - - -

Heure de dispensation :- - h - - min

Motif de la Non dispensation :

- PPE non recommandée
- Refus de la personne exposée
- Non disponibilité des ARV
- Autres :……

Protocole :

- TDF+3TC (ou FTC) + DTG
- TDF/FTC+LPV/r
- TDF/FTC+ATV/r
- TDF/FTC/EFV
- TDF/FTC+EFV
- TDF/FTC+RAL
- AZT/3TC+LPV/r
- Autres:……

/ : Médicament associé dans un même comprimé ou une solution buvable

+ : Médicament avec des formes galéniques séparées

Observation :

……

……

……

Bon détachable pour la pharmacie

N° d'admission : - - - - - - - - -

Date de consultation : - -/- -/- - - -

Chimio-Prophylaxie délivrée : Oui Non

Protocole : TDF+3TC (ou FTC) + DTG ☐ TDF/FTC+LPV/r ☐ TDF/FTC+ATV/r ☐ TDF/FTC/EFV ☐ TDF/FTC+EFV ☐

TDF/FTC+RAL ☐ AZT/3TC+LPV/r ☐ Autres:……..

Annexe N° 05 : Registre des AES au niveau des Etablissements de soins

Date de l'AES	Heure	Gestes immédiats		N° d'ordre	Sexe		Age	Prophylaxie reçue			Sensibilisation	
		Effectués	Non effectués		F	M		<4h	4-72h	>72h	Oui	Non

Annexe N°06 : Registre des accidents d'exposition au sang et sexuels du Service d'accueil des urgences

Médecin prescripteur	Date de consultation	Heure de consultation	Date d'exposition	Heure d'exposition	N° d'ordre	N° d'admission (ou N° d'enregistrement) dans le service des urgences	Sexe F/M	Âge	Nature de l'exposition Sang/Sexe	Evaluation du risque Important/Intermédiaire /Minime/Nul	Traitement ARV délivré (Oui/Non)	Observation

Annexe N° 07 : Base de données des expositions sexuelles au VIH (Violences sexuelles)

Région	Province	Etablissement de santé	N° d'ordre	N° d'admission (ou N° d'enregistrement) dans le service des urgences	Sexe	Age	Nationalité	Statut VIH de la victime	Date et heure de l'exposition	Nature de l'exposition					Ejaculation	Préservatif	Statut VIH de l'agresseur	Résultat de l'évaluation du risque	Dispensation des ARV	Date et heure de la dispensation	Motif de la Non dispensation	Protocole	Autres protocoles	Traitement après 4 semaines	Délais 1 (Exposition/Consultation	Délai 2 (Consultation/Oispensation)	Délai 3 (Exposition /Dispensation)
										Attouchement	Pénétration vaginale	Pénétration anale	Fellation réceptive	Autre exposition à préciser													

Annexe N° 08 : Déclaration de l'accident de service

المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الإجتماعية

التصريح بالحادث

التعريف بالمعني بالأمر

الاسم العائلي والشخصي: .....

تاريخ ومكان الازدياد: .....

الحالة المدنية: .....

الإطار الإداري: .....الدرجة.....الرتبة.....

رقم التأجير: .....

ظروف الحادث

تاريخ الحادث.....

ساعة. وقوع الحادث. .....

مكان الحادث .....

أسباب وظروف الحادث:

.....

.....

.....

هل الحادث تسبب حينا الانقطاع عن العمل: .....

المكان الذي نقلت اليه الضحية: .....

هل سبق للمعني بالأمر ان كان ضحية حادث شغل (في أي تاريخ وما هو نوع الحادث)

.....

.....

امضاء المعني بالأمر حرر ب ..... بتاريخ: .....

توقيع الرئيس المباشر

Annexe N°09 : Affiche de la CAT devant un AES

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الإجتماعية

Conduite à tenir devant un Accident d'Exposition au Sang



Définition :
On appelle Accident d'Exposition au Sang (AES), tout contact percutané (par piqûre ou coupure avec une aiguille, une lame de bistouri ou tout objet vulnérant), ou tout contact cutanéo -muqueux par projection sur une peau lésée ou sur une muqueuse avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang ou potentiellement contaminant.

1. Conduite à tenir clinique

0 – 15mn : Arrêter immédiatement le geste, se faire remplacer et entamer les soins d'urgence

Soins d'urgence

En cas de projection sur une muqueuse

Rincer abondamment au sérum physiologique ou à l'eau pendant 10 minutes





En cas de piqûre, coupure ou projection sur une peau lésée

- Ne pas presser ni faire saigner
- Nettoyer à l'eau et au savon et rincer abondamment
- Désinfecter longuement (3 à 5 min) en plongeant la zone lésée dans une solution antiseptique, sinon en appliquant un pansement imbibé de produit, par ordre de préférence :
  - Chlorhexidine
  - Antiseptique : Polyvidone iodée, Dakin, Alcool à 70°
  - Eau de Javel à 12° diluée à 1/10





Rechercher, si possible, le statut sérologique de la source vis-à-vis des Hépatites B et C et du VIH

15mn – 4h : Contacter le Service des Urgences où le médecin procédera à :

1-Une évaluation du risque de transmission des agents infectieux (VIH, HVB, HVC ...)
2-La dispensation, si indication, d'une prophylaxie du VIH, basée sur un traitement antirétroviral (ARV)*
3-L'indication d'une vaccination contre l'hépatite B (si la personne exposée est non immunisée)
4-L'établissement d'un certificat médical initial pour la déclaration

* Pour un maximum d'efficacité, la prophylaxie du VIH par les ARV doit être délivrée dans les 4 h et dans tous les cas, avant les 72 H

J1 – J7 : Consulter le médecin de travail qui va assurer :

1. Le suivi clinique et biologique de l'AES, qui sera conduit pendant les 6 mois suivant l'AES
2. L'analyse des circonstances de l'AES, afin d'orienter le renforcement des mesures de prévention

2. Conduite à tenir administrative

1. Déclarer à l'administration dans un délai ne dépassant pas les 48 H
2. Informer le chef hiérarchique
3. Remplir les imprimés de déclaration de l'Accident de Travail

Pour plus de renseignements, contacter l'Unité de Santé au Travail de votre Délégation

Pour plus de renseignements, contacter l'Unité de Santé au Travail de votre Délégation

Coordonnées du médecin de travail :
- Nom/prénom : ……
-Téléphone : ……

Echelle11

Annexe N°10 : Précautions standards de prévention des annexes



Conception et réalisation : AZ Editions - Rabat

Echelle11

DELM
Direction de l'Epidémiologie
et de Lutte contre les Maladies

71, Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat
Tél. : (+212) 5 37 67 12 71 - Fax : (+212) 5 37 67 12 98

Echelle11