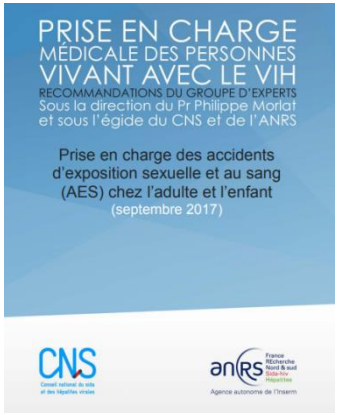
Hôpital des Enfants

Hôpitaux de Toulouse

AGRESSION SEXUELLE DE l'ADOLESCENTE
Prise en charge du risque infectieux

7ème JUP

2019



Dr Camille Bréhin
Pédiatrie générale- Urgences Pédiatriques
Hôpital des Enfants
CHU Toulouse
brehin.c@chu-toulouse.fr

-18

Qui: Adolescente?

adolescence

nom féminin

Âge qui suit la puberté et précède l'âge adulte.

adulte

adjectif

(latin *adultus*, de *adolescere*, grandir)

Définitions | Citations

DÉFINITIONS

Qui est parvenu au terme de sa croissance, à son plein développement.

Qui fait preuve d'équilibre, de maturité (par opposition à infantile) : Un comportement adulte.

3h du matin aux Urgences, un soir d'hiver

- Une adolescente de 14 ans a été retrouvée dans un abri de bus. Elle est amenée par les pompiers.
- Elle dit avoir quitté le domicile familial à 20h, est sortie dans le centre ville. Plus de tram donc est monté dans une voiture avec des inconnus qui l'aurait « abusé » et l'ont laissé au bord de la route
- Elle ne veut pas qu'on informe ses parents mais veut qu'on appelle son amie qui a 18 ans

Que faire????:

A. On appelle quand même les parents
B. On appelle la cadre de garde
C. On appelle son amie
D. On appelle l'administrateur de garde
E. On fait un signalement judiciaire
F. On cherche un ami

Quoi: Agression sexuelle:

L'**agression sexuelle** est une « atteinte **sexuelle** commise avec violence, contrainte, menace ou surprise »

(article 222-22 **Code pénal**)

Obligation de signalement pour les tiers

Cas général

Toute personne peut également faire un signalement aux autorités des abus de nature sexuelle à l'égard d'un mineur dont il a connaissance. Le signalement est même obligatoire si la victime a moins de **15** ans.

La non-dénonciation est un délit puni de **3** ans d'emprisonnement et de **45 000 €** d'amende.

Tiers soumis au secret professionnel

Le professionnel soumis au secret professionnel peut faire un signalement aux autorités des abus de nature sexuelle à l'égard d'un mineur dont il a connaissance. Mais il n'est pas obligé de le faire, il doit apprécier lui-même la nécessité de faire ou non un signalement.

Néanmoins, les professionnels soumis au secret professionnel qui participent aux missions d'aide sociale à l'enfance ont l'obligation de faire un signalement lorsqu'ils ont connaissance d'abus de nature sexuelle à l'égard d'un mineur.

Dans les 2 cas, les professionnels qui effectuent le signalement ne pourront pas être poursuivis pour violation de secret professionnel.

https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2274

Quelques chiffres

sont constatées suite à
posée par une victime,

Il est important de préciser que ces chiffres ne représentent que la partie révélée des atteintes aux personnes, qui ne sont pas toutes

(CVS)[22], moins de 10 % des violences sexuelles font l'objet d'un dépôt de plainte. *A contrario*, une même personne victime de plusieurs

cadre-de-vie-et-securite-2016.

Rapport 2017 de l'ONPE au Gouvernement et au Parlement 26

Catégorie d'infractions	Nombre de victimes					Dont nombre de victimes en intrafamilial						Taux de victimation (‰)		
	Ensemble	Sexe féminin		Sexe masculin		Ensemble		Sexe féminin		Sexe masculin		Ensemble	Sexe féminin	Sexe masculin
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%			
Violences physiques	53 270	21 600	41	31 670	59	20 850	39	10 080	48	10 770	52	3,8	3,1	4,4
Violences sexuelles	19 700	15 450	78	4 250	22	6 070	31	4 710	78	1 360	22	1,4	2,2	0,6
... dont viols	7 050	5 690	81	1 360	19	2 140	30	1 680	79	460	21	0,5	0,8	0,2
... dont harcèlement et agressions sexuels	12 650	9 760	77	2 890	23	3 930	31	3 030	77	900	23	0,9	1,4	0,4

3h du matin aux Urgences Pédiatriques, un soir d'hiver

- Une adolescente de 14 ans a été retrouvée dans un abri de bus. Elle est amenée par les pompiers.
- Elle dit avoir quitté le domicile familial à 20h, est sortie dans le centre ville. Plus de tram donc est monté dans une voiture avec des inconnus qui l'aurait « abusé » et l'ont laissé au bord de la route
- Elle ne veut pas qu'on informe ses parents mais veut qu'on appelle son amie qui a 18 ans

Que faire????:

A. **On appelle quand même les parents**
B. On appelle la cadre de garde
C. On appelle son amie
D. On appelle l'administrateur de garde
E. On prévient la police
F. On cherche un ami

Où?

Cité de la santé
LA GRAVE TOULOUSE
Prévention Soin Recherche Innovation

Santé sexuelle. CEGIDD

Risque infectieux:
Prise en charge des mineurs

Accueil des mineurs pour des actes de prévention, dépistage et soins relatif au VIH, hépatites virales et Infections Sexuellement Transmissibles se fait sous condition que:

-les titulaires de l'autorité parentale en soient informés et y aient consenti: **ce qui veut dire en pratique qu'ils doivent être soit présents soit avoir donné au préalable leur accord écrit** et que la personne mineure vienne avec cet écrit

-si la personne mineure s'oppose à cela pour garder le secret sur son état, **elle doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix**

Arrêté du 2 juillet 2015

Loi du 26 janvier 2016 = s'affranchir de l'autorisation parentale pour effectuer un dépistage et pour traiter une IST

Art. L. 1111-5-1. – Par dérogation à l'article 371-1 du code civil**, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.**
Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en oeuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »

L'autorisation parentale reste obligatoire, par contre, pour effectuer une vaccination à un mineur

http://www.cegidd.fr/mineurs.htm

Risque infectieux:
Prise en charge des mineurs

S’il est possible de prescrire un traitement à un mineur sans autorisation parentale sur présentation d’une carte d’assuré social, **le remboursement de la prise en charge et en particulier des ARV figurera sur le relevé du ou des parents dont il est ayant droit**.
Seuls des « agréments » hospitaliers locaux permettent de contourner cette difficulté.

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (2016) 64, 224–230

ELSEVIER

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

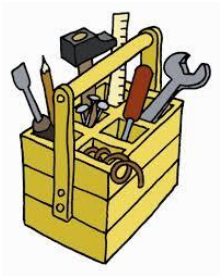
ARTICLE ORIGINAL

Recueillir la parole de l'enfant victime d'agression sexuelle selon le protocole du National Institute of Child Health and Human Development : enjeux, méthode et intérêts pour les intervenants du champ non judiciaire

Sécuriser le mineur
Expliquer le devoir **de protection**
Rassurer sur la suite de la prise en charge

- Entretien seul avec le mineur,
- Se présenter + exposer contexte de l'entretien.
- Début: questions d'ordre général (école, maison, loisirs, famille,ses copains, etc.)
- Laisser le mineur s'exprimer spontanément
- Respecter les silences
- Privilégier les questions ouvertes
- Expliciter les propos (faire préciser le sens des mots utilisés, lui demander par exemple de montrer les parties du corps citées quand cela n'est pas clair)
- Préciser l'origine des signes observés
- Rechercher d'éventuelles discordances entre les signes observés et les explications données.

- Montrer une émotion exagérée
- Porter des jugements
- Utiliser des questions fermées
- Reformuler ou d'interpréter ses propos



Enfant: utilisation de supports tels que des dessins, des images, des poupées ou des jeux pour l'aider à s'exprimer + noter ce que le mineur a dit à propos de son dessin ou de ses jeux dans le dossier.
Adolescent: possibilité de poser directement la question mais de préférence sous la forme de questions ouvertes = > éviter d'induire les réponses.

Une adolescente de 14 ans a été retrouvée dans un abri de bus. Elle est amenée par les pompiers.
Elle dit avoir quitté le domicile familial à 20h, est sortie dans le centre ville. Il n'y a avait de tram donc elle est montée dans une voiture avec des inconnus qui l'aurait « abusé » et l'ont laissé au bord de la route . Ses vaccins ne sont pas à jour.

Après un interrogatoire mené avec tact, vous apprenez qu'elle aurait subi un rapport anal réceptif, un rapport oral réceptif. Vous constatez de multiples lésions d'excoriations sur les épaules et le dos et des traces de morsures sur le bras

Quel risque infectieux encoure t-elle?

A. Rage
B. Tétanos
C. Syphilis
D. Actinomycose
E. VIH
F. Hépatite A

Une adolescente de 14 ans a été retrouvée dans un abri de bus. Elle est amenée par les pompiers.
Elle dit avoir quitté le domicile familial à 20h, est sortie dans le centre ville. Il n'y a avait de tram donc elle est montée dans une voiture avec des inconnus qui l'aurait « abusé » et l'ont laissé au bord de la route. Ses vaccins ne sont pas à jour.

Après un interrogatoire mené avec tact, vous apprenez qu'elle aurait subi un rapport anal réceptif, un rapport oral réceptif. Vous constatez de multiples lésions d'excoriations sur les épaules et le dos et des traces de morsures sur le bras

Quel risque infectieux encoure t-elle?

A. Rage → Risque théorique sur morsure
B. Tétanos
C. Syphilis
D. Actinomycose
E. VIH
F. Hépatite A → Transmission oro-fécale

Agression sexuelle: Quel risque infectieux?

- VIH
- VHB
- VHC
- Autres IST: gonocoque, chlamydia, syphilis…

Quelques chiffres
Recours AES dans un service d'urgence et difficulté

- ANRS-QUALIPEP (février et juillet 2015)
Partenariat entre l'association AIDES et un groupe de recherche en psychologie sociale, avec le soutien de l'ANRS) = Description du recours au TPE de personnes issues des groupes les plus exposés au VIH et d'interroger la prise en charge du TPE auprès des soignants

Difficultés:
- Evaluer l'exposition au risque
- Refuser une prescription de TPE renvoyant au médecin spécialiste la réévaluation de la prise de risque
- Jugements sur l'orientation sexuelle du patient, ses pratiques sexuelles, l'absence d'utilisation d'un préservatif, un multi-partenariat
- Besoin de formation et d'accompagnement des services d'Urgences à la prescription du TPE et au développement d'une posture accueillante et de non-jugement, est ressenti tant par les patients interrogés que par les professionnels.

Rapport Morlat 2018

Risque infectieux: VIH

Estimated per-act probability of acquiring HIV from an infected source, by exposure route.

Exposure route	Risk per 10 000 exposures to an infected source	95% Confidence interval	Reference(s)
Parenteral exposure			
Blood transfusion	9250	(8900–9610)	[5]
Needle-sharing injection drug use	63[b]	(41–92)	[12]
Percutaneous needle stick	23	(0–46)	[5]
Sexual exposure[a]			
Receptive anal intercourse	138[c]	(102–186)	[3,13–15]
Insertive anal intercourse	11[d]	(4–28)	[13,14]
Receptive penile–vaginal intercourse	8[e]	(6–11)	[7]
Insertive penile–vaginal intercourse	4[e]	(1–14)	[7]
Receptive oral sex	Low[f]	(0–4)	[14,19]
Insertive oral sex	Low[f]	(0–4)	[19]
Vertical transmission			
Mother-to-child transmission	2260[g]	(1700–2900)	[8]

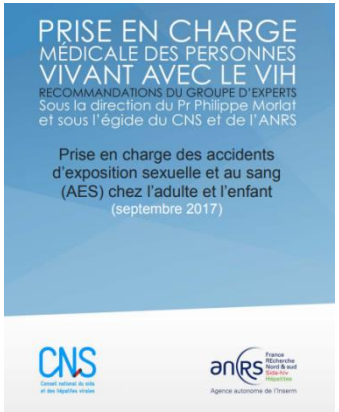
X 35

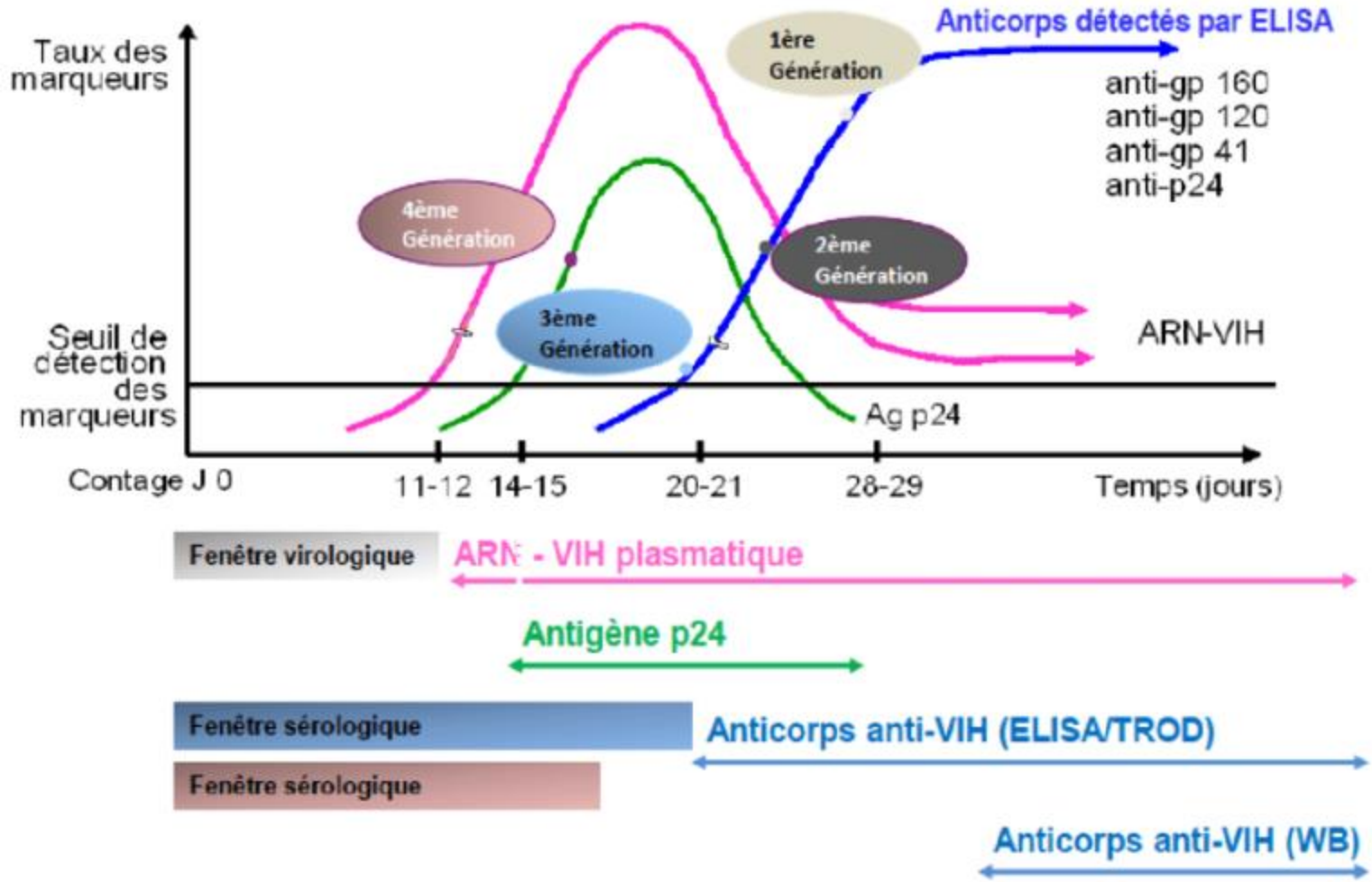
Risque infectieux:
Prise en charge des mineurs

Exposition sexuelle => cas rapportés de contamination d'enfants => prophylaxie maximale

≠ Exposition par blessure

- Si pénétration – même sans éjaculation=> prophylaxie par trithérapie, sauf si la personne source n'est pas infectée par le VIH.
- Traitement discuté en cas de fellation avec éjaculation (par analogie aux situations rencontrées chez l'adulte
- Les autres cas relèvent d'une discussion au mieux avec un médecin référent du VIH pédiatre ou adulte.
- Si doute= prendre en considération le risque maximum
- Dépistage des autres maladies sexuellement transmissibles (syphilis, chlamydia, gonocoque) + contraception





Garder en tête que la sensibilité de ces tests (TROD) pour le diagnostic de primo-infection n'atteint pas celle des tests Elisa.

Une adolescente de 14 ans a été retrouvée dans un abri de bus. Elle est amenée par les pompiers.
Elle dit avoir quitté le domicile familial à 20h, est sortie dans le centre ville. Il n'y a avait de tram donc elle est montée dans une voiture avec des inconnus qui l'aurait « abusé » et l'ont laissé au bord de la route. Ses vaccins ne sont pas à jour
Après un interrogatoire mené avec tact, vous apprenez qu'elle aurait subi un rapport anal réceptif, un rapport oral réceptif. Vous constatez de multiples lésions d'excoriations sur les épaules et le dos et des traces de morsures sur le bras.

Quel traitement prescrivez-vous?

A. Traitement post exposition VIH
B. Amoxicilline/acide clavulanique
C. Immunoglobulines anti-VHB
D. Vaccination anti-VHB
E. Doxycycline

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

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition). ** Groupe à prévalence élevée : HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, ou personne originaire de région à prévalence du VIH >1 % (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), ou usager de drogue injectable.

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

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition). ** Groupe à prévalence élevée : HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, ou personne originaire de région à prévalence du VIH >1 % (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), ou usager de drogue injectable.

Indication d'une prophylaxie par antirétroviraux chez l'enfant à la suite d'un accident d'exposition

Risque nul ou non significatif

-Pas d'effraction cutanée visible
-Erosion épidermique (pas de saignement)
-Effraction sous cutanée (saignement possible) avec aiguille pleine ou SC (type seringue à insuline)
-morsure
-Exposition muqueuse sans effraction (ex. aiguille ou préservatif abandonné sucé)
-Attouchement sexuel sans pénétration

Pas de traitement
Vérification statut hépatite B si effraction cutanée

Pas de suivi Spécifique
Sauf si risque hépatite B et non vacciné lors de l'AES

Risque significatif

-Agression sexuelle avec pénétration
-Piqûre profonde (saignement) aiguille IV ou calibre inconnu
-Effraction cutanée et sang frais visible dans seringue
-Exposition muqueuse avec effraction

Délai d'exposition

≤ 48 h

Trithérapie pendant 4 semaines

< 12 ans* : **AZT +3TC + raltegravir**

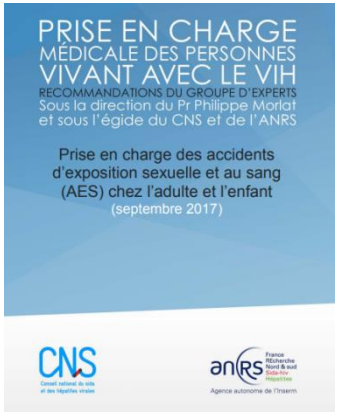
≥ 12 ans et 35 kg ** : **TDF+FTC+rilpivirine**

>48 h

Pas de traitement

Suivi clinique et biologique spécifique Cf Tableau 9

* Alternative au raltégravir : darunavir + ritonavir (à partir de 3 ans)
** Alternative à la rilpivirine : raltégravir , darunavir + ritonavir



PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS

Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant

(septembre 2017)

CNS
Conseil national du sida et des hépatites virales

anrs
France REcherche Nord & sud Sida-hiv Hépatites
Agence autonome de l'Inserm

Molécules	Formulations disponibles	Âge minimal dans l'AMM	Posologie* Adaptée selon l'âge, le poids ou la surface corporelle de l'enfant	Remarques**
Zidovudine (AZT) Rétrovir®	Sirop 10 mg/ml Gélule à 100 mg ou 250 mg Comprimé à 300 mg	3 mois	**En sirop :** 4-8 kg : 12 mg/kg x 2/j 9-29 kg : 9 mg/kg x 2/j (maxi 300 mg x2/j) **En gélules/comprimés :** 8-13 kg : 1 gél. 100 mg x 2/j 14-21 kg : 1 gél. 100 mg matin + 2 gél. 100 mg soir 22-29 kg : 2 gél. 100 mg x 2/j >30 kg : 1 gél. 250 ou 1 cp 300 mg x 2/j	Prise pendant le repas Troubles digestifs, céphalées, hémato-toxicité
Lamivudine (3TC) Epivir® ou Générique	Sirop 10 mg/ml Comprimé à 150 ou 300 mg	3 mois	**En sirop :** 3 mois - 12 ans : 4 mg/kg x 2/j (maxi 150 mg x 2/j) **En comprimés :** 14-21 kg : ½ cp à 150 mg x 2/j 21-30 kg : ½ cp à 150 mg matin + 1 cp à 150 mg soir >30 kg : 1 cp à 150 mg x 2/j	Prise pendant le repas Effets secondaires limités
Zidovudine + lamivudine Combivir® ou Générique	Comprimé à 300/150 mg	12 ans	14-21 kg : ½ cp x 2/j 21-30 kg : ½ cp matin + 1 cp soir >30 kg : 1 cp x 2/j	Prise pendant le repas ½ cp possible dès 20 kg
Ténofovir disoproxil (TDF)+ emtricitabine (FTC) Truvada® ou Générique	Comprimé à 200/245 mg	18 ans FDA : à partir de 35 kg	> 15 ans – Idem adulte 1 cp/j	Prise pendant le repas Éliminer insuffisance rénale+++ Possibilité : d'asthénie, céphalées, nausées, diarrhée
Raltégravir (RAL) Isentress®	Granulés pour suspension buvable 20mg/ml Comprimé à croquer (sécables) 25, 100mg Comprimé pelliculé 400mg	4 semaines	**Granulés pour suspension buvable** (enfant <12 ans) : 3-4 kg : 1ml x2/j 4-6kg : 1.5ml x2/j 6-8kg : 2ml x2/j 8-11kg :3ml x2/j 11-14kg : 4ml x2/j 14-20kg : 5ml x2/j **En comprimés à croquer** (enfant < 12 ans): 11-14kg : 75mg x2/j 14-20kg : 100mg x2/j 20-28kg : 150mg x2/j 28-40kg : 200mg x2/j ≥ 40kg : 300mg x2/j **En comprimés pelliculés** (enfant de poids ≥ 25kg) : 1 cp de 400mg x2/j Attention ! Il n'existe pas de bioéquivalence de dose entre les granulés pour suspension buvable, les comprimés à croquer et les comprimés pelliculés.	Effets secondaires à surveiller : Eruption cutanée évolution possible vers un syndrome de Stevens-Johnson ou autre éruption sévère Possibilité de nausées, diarrhées, céphalées, troubles du sommeil, fièvre, atteinte musculaire

Molécules	Formulations disponibles	Âge minimal dans l'AMM	Posologie* Adaptée selon l'âge, le poids ou la surface corporelle de l'enfant	Remarques**
Darunavir DRV Prezista®	Suspension buvable 100mg/ml Comprimés 75, 150, 400, 600, 800mg	3 ans (≥ 15 kgs)	**En suspension buvable :** 15- < 30 kg : 600mg (6ml) x 1/j + 100mg x 1 de ritonavir 30- <40 kg : 675mg (6,8ml) x 1/j + 100 mg x 1 de ritonavir >40 kg : 800mg (8 ml) x 1/j + 100mg x 1 de ritonavir **ou comprimés** 15- < 30 kg : 600mg x 1/j + 100mg x 1 de ritonavir 30- <40 kg : 675mg x 1/j + 100mg x 1 de ritonavir >40 kg : 800mg x 1/j + 100mg x 1 de ritonavir	Prise pendant le repas Effets secondaires à surveiller : Eruption cutanée Possibilité de nausées, diarrhée, céphalées, cytolyse hépatique
Ritonavir (rtv) Norvir®	Poudre pour suspension buvable 100 mg/sachet Comprimé 100 mg	2 ans	Utilisation comme « boost » à 100 mg/j avec le darunavir (*Cf.* darunavir)	Nombreuses interactions médicamenteuses
Rilpivirine (RLP) Edurant®	Comprimé 25 mg	12 ans	1 cp/j	Prise avec de la nourriture Effets secondaires à surveiller : éruption cutanée Possibilité de dépression, céphalées, troubles du sommeil, cytolyse hépatique
Rilpivirine + emtricitabine + ténofovir Eviplera®	Comprimé 25/200/245mg	18 ans FDA : 12 ans et 35 kg	1 cp/j	Prise avec de la nourriture

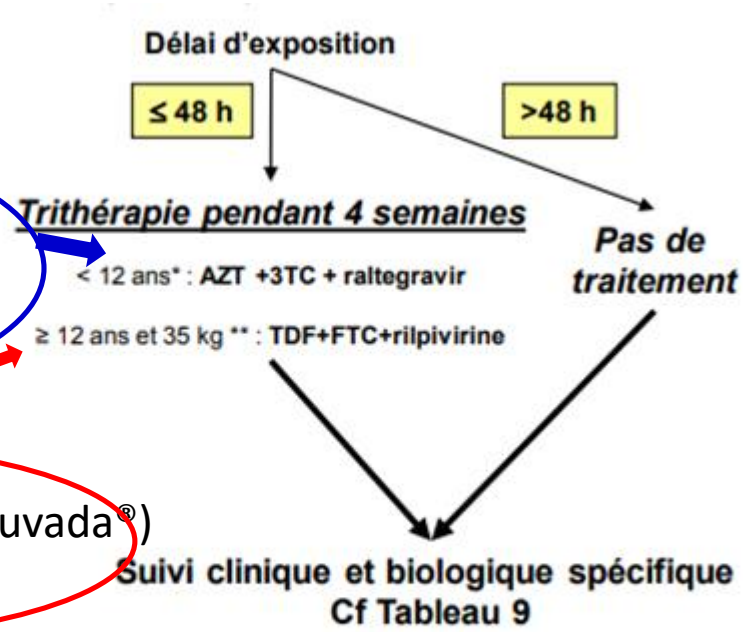
**Ne jamais dépasser la dose adulte.*

***En cas de mauvaise tolérance du traitement : un avis spécialisé est nécessaire.*

Protocole de service +++

Lamivudine (Epivir®)
Zidovudine (Retrovir ®)
+ Raltegravir (Isentress ®)

Tenofovir/Emtricitabine (Truvada®)
+ Rilpivirine (Edurant ®)



* Alternative au raltégravir :
darunavir + ritonavir (à partir de 3 ans)
** Alternative à la rilpivirine :
raltégravir , darunavir + ritonavir

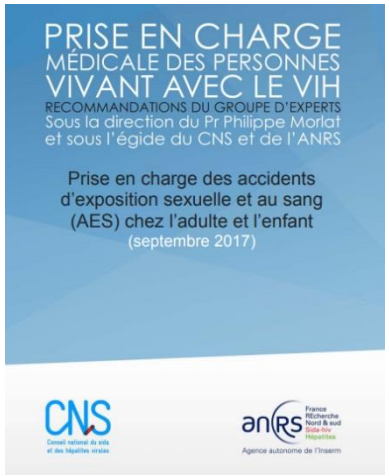
NB: Utilisation d'abacavir non recommandée car risque de survenue d'hypersensibilité (typage HLA B5701 ne pouvant être réalisé en urgence)

Les… 8 commandements du traitement post-exposition

1. Respect des recommandations
2. Respect des contre-indications
3. Tenir compte du profil de résistance du virus de la personne source
4. Garantir l'accès à plusieurs combinaisons d'antirétroviraux (par l'intermédiaire de la pharmacie hospitalière dans les rares situations où le kit habituel ne pourrait être utilisé).
5. Réduire le risque d'infection VIH : Expliquer et recommander l'utilisation de préservatifs et d'indiquer aux personnes ayant présenté un AES qu'elles doivent s'exclure du don du sang (et ne pas allaiter si la situation se présente) jusqu'à la fin du suivi sérologique
6. Le TPE, justifié par l'urgentiste, est prescrit pour une durée initiale de 48 à 96 heures,
7. Consultation de suivi rapprochée avec infectiologue => modifier le schéma thérapeutique, voire à l'interrompre selon le contexte : résultat négatif de la sérologie VIH ou charge virale indétectable confirmée du patient source, réévaluation du risque, mauvaise tolérance
8. Si le médecin référent décide la poursuite du traitement, il reconduira la prescription pour une durée totale de 28 jours.

Agression sexuelle
Risque infectieux: VHB

Risque de transmission sexuelle du VHB nettement plus élevé que celui du VIH, peut être réduit par l'injection d'immunoglobulines spécifiques et/ou une vaccination VHB de la personne exposée non vaccinée et/ou non immunisée, et/ou la prise d'antiviraux ayant une activité spécifique sur le VHB



Risque infectieux VHB:
Dans les 72 heures suivant l'exposition, éventuellement jusqu'à J7

	Statut VHB (Ag HBs) personne source	
Sujet exposé	**Positif**	**Inconnu**
Vacciné répondeur (Anti HBs > 10 mUI/ml ou > 100 mUI/ml dans les antécédents)	rien	rien

Risque infectieux VHB:
Dans les 72 heures suivant l'exposition, éventuellement jusqu'à J7

	Statut VHB (Ag HBs) personne source	
Sujet exposé	**Positif**	**Inconnu**
Vacciné répondeur (Anti HBs > 10 mUI/ml ou > 100 mUI/ml dans les antécédents)	rien Max 500UI 6UI/kg	rien
Vacciné non répondeur (Anti HBs < 10 mUI/ml sans anti-HBc ni notion d'anti HBs > 100 mUI/ml dans le passé)	Immunoglobulines*	rien**

* L'administration d'immunoglobulines n'est pas nécessaire si absence de virémie VHB (ADN VHB indétectable) chez la personne source et utilisation de ténofovir en TPE

>12 ans

** L'administration d'immunoglobulines est légitime en l'absence d'utilisation de ténofovir en TPE et si la personne source est originaire d'un pays de haute (Afrique sub-saharienne, Asie) ou moyenne (Outre-mer, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud) endémicité pour le VHB et/ou usager de drogues par voie intraveineuse et/ou HSH et/ou avec partenaires multiples

Si association Ténofovir + Emtricitabine, pas d'administration d'immunoglobulines, sauf lorsque la personne source est connue comme infectée par le VHB avec virémie positive (ADN VHB plasmatique détectable).

Risque infectieux VHB:
Dans les 72 heures suivant l'exposition, éventuellement jusqu'à J7

	Statut VHB (Ag HBs) personne source	
Sujet exposé	**Positif**	**Inconnu**
Vacciné répondeur (Anti HBs > 10 mUI/ml ou > 100 mUI/ml dans les antécédents)	rien Max 500UI 6UI/kg	rien
Vacciné non répondeur (Anti HBs < 10 mUI/ml sans anti-HBc ni notion d'anti HBs > 100 mUI/ml dans le passé)	Immunoglobulines*	rien**
Non vacciné	Immunoglobulines* + vaccin	vaccin**

≤15 ans

* L'administration d'immunoglobulines n'est pas nécessaire si absence de virémie VHB (ADN VHB indétectable) chez la personne source et utilisation de ténofovir en TPE

>12 ans

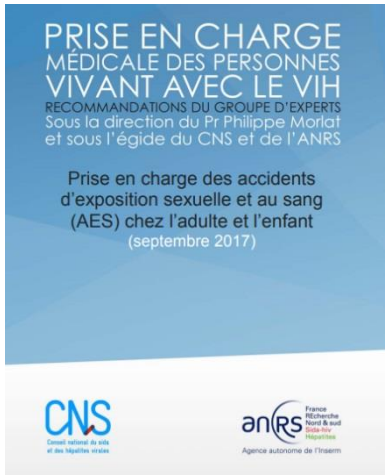
** L'administration d'immunoglobulines est légitime en l'absence d'utilisation de ténofovir en TPE et si la personne source est originaire d'un pays de haute (Afrique sub-saharienne, Asie) ou moyenne (Outre-mer, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud) endémicité pour le VHB et/ou usager de drogues par voie intraveineuse et/ou HSH et/ou avec partenaires multiples

>15 ans

Si association ténofovir + emtricitabine, pas d'administration d'immunoglobulines, sauf lorsque la personne source est connue comme infectée par le VHB avec virémie positive (ADN VHB plasmatique détectable).

Risque infectieux: VHC

En cas d'exposition sexuelle au VHC (personne source infectée par le VHC et virémique, ou personne source de sérologie inconnue), un traitement préventif anti-VHC n'est pas recommandé en post-exposition, aucune étude n'ayant évalué son efficacité.



Risque infectieux: autres infections sexuellement transmissibles syphilis, infection à gonocoque, Chlamydia trachomatis …

A rechercher lors du bilan initial
et au cours du suivi chez les personnes les plus à risque.

L'efficacité et l'innocuité d'une antibiothérapie prophylactique (par azithromycine notamment) n'ont pas été établies dans le contexte des AES et une antibioprophylaxie systématique n'est donc pas recommandée en dehors d'essais thérapeutiques, ce d'autant que des résistances sont décrites.

Rapport Morlat 2018

Prophylactic Regimen for Sexually Transmitted Infections after Sexual Assault in an Adolescent (Weight ≥45 kg)*

Infection	Prophylactic Regimen
Gonorrhea	Ceftriaxone 250 mg IM and
Chlamydia	Doxycycline 100 mg PO BID for 7 days or azithromycin 1 g PO single dose and
Trichomonas	Metronidazole 2 g PO single dose
Human Papillomavirus	Administer vaccine if ≥ 9 years of age and not previously immunized or has not completed vaccination series
Hepatitis B	Administer vaccine if victim not previously immunized or has not completed vaccination series
	If assailant is known to be positive and victim is not immunized, then hepatitis B immunoglobulin should also be given
HIV	Consultation with an experienced pediatric HIV health care professional is essential
	The Clinician Consultation Center at the University of California, San Francisco operates a hotline (1-888-448-4911) that offers free telephone guidance/consultation for PEP selection if a local HIV expert is not available.

BID, twice per day; IM, intramuscular; PO, oral

* Source: Kaufman and the Committee on Adolescence,[11] Centers for Disease Control (CDC)[63,68] AAP Committee on Infectious Diseases.[65]

G.E. Trotman et al. / J Pediatr Adolesc Gynecol 29 (2016) 518e526

Human PapillomaVirus

Sexual Assault and Sexually Transmitted Infections in Adults, Adolescents, and Children

HPV vaccinations for previously unvaccinated patients aged 9–26 years

CID 2015

Suivi biologique d'un AES pédiatrique

Il est très proche de celui de l'adulte et résumé tableau 9.

J1-J7	- Sérologie VIH - Sérologie VHC - Anti-HBs si vacciné et titre Ac inconnu ou Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs si non-vacciné - ALAT Si TPE instauré : - NFS (si TPE incluant de la zidovudine) - créatinine - test de grossesse le cas échéant
S2	- NFS (si TPE incluant de la zidovudine) - créatinine (si TPE incluant du ténofovir)
S 6	- Sérologie VIH - ALAT et ARN VHC (si ARN VHC+ chez sujet source) - Sérologie syphilis, PCR chlamydia et gonocoque si exposition sexuelle) - NFS (si TPE incluant de la zidovudine)
S 12	- Sérologie VIH (si TPE) - Sérologie VHC - Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu

PCR gonocoque et Chlamydia (PCR duplex) sera réalisée sur le premier jet d'urines et sur d'autres sites (anus, pharynx)

Modalités : un à trois sites de prélèvements selon circonstances (NB : absence de remboursement en juin 2017 du test gonocoque)

Suivi infectieux d'accord, mais pas que…

- Traumatismes physiques, blessures graves
- Angoisse et souffrance mentale
-Morbidité psychologique significative:

Syndrome de Stress Post-Traumatique(SSPT)

-Corrélation entre antécédent d'agression sexuelle et:

- Trouble dépressif majeur
- anxiété,
- toxicomanie,
- idées suicidaires,
- faible estime de soi,
- les troubles de l'alimentation
- risque ultérieur de violence et de comportement criminel et abus de substances.

CID, 2015

Savoir dépister, mais pas que devant des signes infectieux…

Conséquences de l'agression sexuelle manifestées dans l'enfance[1,3,7]	
Manifestations neurobiologiques	Symptômes dépressifs
Retards développementaux	Anxiété, peur, méfiance
Colère, agressivité	Problèmes d'adaptation en milieu scolaire
Comportements sexuels problématiques	Comportements d'isolement social
Symptômes de stress post-traumatique	Problèmes somatiques (ex.: énurésie)
Problèmes de comportement	Symptômes de dissociation
Faible estime de soi	

Savoir dépister, mais pas que devant des signes infectieux…

Conséquences de l'agression sexuelle manifestées à l'adolescence[1,3,7]	
Manifestations neurobiologiques	Comportements délinquants
Symptômes dépressifs	Itinérance, fugues
Anxiété, peur, méfiance	Consommation d'alcool et de drogue
Symptômes de stress post-traumatique	Implication dans des gangs
Comportements autodestructeurs et automutilation	Comportements sexuels à risque
Faible estime de soi et mauvaise perception de l'image corporelle	Grossesse précoce
Idéations suicidaires et tentatives de suicide	Activité sexuelle précoce
Troubles alimentaires (anorexie, boulimie)	Infections transmissibles sexuellement et par le sang - ITSS
Comportements d'isolement social	Partenaires sexuels multiples
Problèmes relationnels avec la famille	Engagement affectif moindre dans les relations amoureuses
Problèmes de comportement	Revictimisation sexuelle et délinquance sexuelle
	Victimisation et agression dans les fréquentations amoureuses

Conclusion

- Protocole de service +++ (réactualisé cf Rapport Morlat)
- Prise en charge multidisciplinaire
- Suivi rapproché (48-72h)
- Suivi à long terme avec Services renseigné et formé => Réduction l'incidence des réactions émotionnelles négatives et des croyances inadaptées et stratégies d'adaptation
- Un dépistage efficace puis suivi à long terme nécessaire