

SURVEILLANCE

BILAN DES INFECTIONS PROFESSIONNELLES PAR LE VIH DANS LE MONDE : LES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE JUSQU'EN DÉCEMBRE 1997

B.G. Evans, D. Abiteboul

PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, Londres, Angleterre
Extrait de l'article publié dans EUROSURVEILLANCE vol 4 - N° 3 de mars 1999

HISTORIQUE

Depuis le premier cas documenté de séroconversion après exposition professionnelle au VIH, en 1984 [1], de nombreux pays industrialisés ont mis en place des systèmes nationaux ou régionaux de surveillance des infections professionnelles par le VIH. Une série de bilans des cas mondiaux, basés sur les articles publiés, ont été réalisés en 1992, 1993, 1995, et plus récemment, en 1997 [2]. L'incidence réelle de l'infection professionnelle par le VIH n'est pas connue et est vraisemblablement plus importante que le nombre total de cas rapportés, y compris dans les pays industrialisés d'où sont originaires les publications. L'incidence mondiale est sans doute beaucoup plus élevée étant donné le faible nombre d'infections professionnelles rapporté dans les régions de forte prévalence où les systèmes de surveillance sont moins développés.

MÉTHODES

Parallèlement à la revue de la littérature, les responsables des pays industrialisés où un système de surveillance centralisée existe ont été contactés afin de savoir s'ils avaient connaissance d'autres cas d'infections professionnelles par le VIH. La surveillance a donc été active pour les pays industrialisés, alors que pour les autres régions elle n'est basée que sur les publications. En ce qui nous concerne, les cas ont été classés selon les définitions adoptées localement ou, dans des cas particuliers, en se référant aux informations pertinentes publiées.

Les cas d'infections professionnelles par le VIH sont généralement classés en « certains » ou « possibles ». La définition d'un cas « certain » varie peu d'un pays à l'autre et correspond à un cas pour lequel il existe une preuve de séroconversion (enregistrement d'un test anti-VIH négatif et d'un test ultérieur positif) associée entre-temps à une exposition professionnelle précise à une source de VIH.

La définition des cas « possibles » est plus variable selon les pays. Le plus souvent, ce terme implique la découverte d'une séropositivité chez un personnel de santé qui, après investigation, ne présentait pas d'autre risque qu'une exposition professionnelle. Le Royaume-Uni applique une définition plus restrictive de « possible » impliquant une exposition probable à une source infectée par le VIH. Ces critères étant appliqués de manière stricte, le terme « probable » est plus adapté aux cas du Royaume-Uni.

La classification des personnels de santé par métier varie également d'un pays à l'autre, ainsi que les fonctions qu'assument ces différents groupes. Par exemple, en France, en Italie et en Espagne, les ponctions veineuses sont généralement réalisées par les infirmières, alors qu'aux Etats-Unis elles sont pratiquées par les phlébologues, qui appartiennent à la catégorie des personnels de laboratoires cliniques.

RÉSULTATS

Le dernier bilan fait état de 95 cas certains et 191 cas possibles d'infections professionnelles par le VIH. Cinquante-deux des cas certains et 114 des cas possibles étaient des personnels de santé aux Etats-Unis, respectivement 32 et 64 en Europe, et 11 et 13 pour le reste du monde. Entre le bilan fait en 1995 et celui publié en 1997, 16 nouveaux cas certains et 47 nouveaux cas possibles ont été rapportés. Des informations supplémentaires ont été ajoutées dans la description d'un certain nombre de cas et quelques cas ont été reclassés.

Risque selon les pays et compétence des systèmes de surveillance

Le risque d'infection professionnelle par le VIH dépend de la prévalence de l'infection par le VIH dans la population et des conditions de travail. Plus de 94 %

(267/286) de l'ensemble des cas (certains et possibles) d'infections professionnelles répertoriées dans ce rapport proviennent de pays où les systèmes de surveillances sont bien développés, et où, pour la plupart, la prévalence du VIH est faible. Seuls 5 % (5/95) des cas certains ont été rapportés par des pays d'Afrique, alors que sept des huit cas possibles d'infections professionnelles par le VIH rapportés chez des personnels de santé au Royaume-Uni ont travaillé dans des pays d'Afrique où la prévalence du VIH est forte (Tab. 1). Il y a une absence marquée de données en provenance des pays du sous-continent indien et du sud-est asiatique. Dans beaucoup de ces pays, la prévalence du VIH est forte mais les systèmes de surveillance et de déclaration des infections professionnelles sont insuffisamment développés, voire inexistantes. Dans ces conditions, l'information publiée dans ce rapport ne peut donc pas être utilisée pour évaluer le risque professionnel.

La nature de l'activité professionnelle

Les infirmières et les personnels des laboratoires cliniques représentent 71 % (67/95) (Tab. 2) des cas certains et 43 % (83/191) des cas possibles d'infections professionnelles par le VIH, alors que les chirurgiens et les dentistes n'en représentent respectivement que 1 % (1/95) et 12 % (23/191). Les médecins (y compris les étudiants en médecine et à l'exception des chirurgiens), comptent pour respectivement 12 % (11/95) et 10 % (20/191) des cas certains et des cas possibles (Tab. 2).

Tableau 2. Infections professionnelles par le VIH dans le monde : tous les cas rapportés, par corps de métier

Métier	Infections professionnelles documentées	Infections professionnelles possibles	Total
Infirmière/sage-femme	50	62	112
Médecin/étudiant en médecine	11	20	31
Chirurgien	-	14	15
Dentiste/assistant	-	9	9
Personnel de laboratoires cliniques	17	21	38
Ambulancier/paramédical	-	10	10
Personnel de laboratoires non cliniques	3	3	6
Embaumeur/employé de morgue	-	3	3
Personnel du bloc opératoire	2	3	5
Technicien de dialyse	1	3	4
Kinésithérapeute (respiratoire)	1	2	3
Aides soignants	1	15	16
Intendant/portier/personnel de maintenance	2	8	10
Autres/personnels de santé non précisés	6	18	24
Total	95	191	286

* Aux Etats-Unis, les préleveurs sont considérés comme des personnels de laboratoires cliniques, alors qu'en France, en Italie et en Espagne, la responsabilité des phlébotomies incombe généralement aux infirmières.

Exposition à du sang ou à d'autres fluides

Presque tous les cas certains (86/95; 91 %) sont la conséquence d'une exposition à du sang contaminé par le VIH. Dans trois cas, il s'agissait d'une exposition en laboratoire à de fortes concentrations de VIH. Pour les six autres cas, l'information disponible ne permet pas de trancher quant à la nature du fluide impliqué (sang ou autres fluides biologiques). Parmi les cas possibles, les potentielles expositions professionnelles au VIH étaient généralement multiples.

Types de blessures

La plupart (85/95; 89 %) des cas certains d'infections professionnelles par le VIH ont suivi une exposition percutanée. Parmi les autres cas, huit sont la conséquence d'une exposition cutanéomuqueuse et dans deux cas, l'exposition n'est pas précisée. Des informations détaillées concernant l'exposition sont disponibles dans 58 des 84 cas d'infections liées à une exposition percutanée unique, ainsi que dans le cas survenu après deux expositions en 10 jours. Beaucoup d'expositions se sont produites pendant ou après une ponction veineuse ou autre intervention au cours de laquelle un instrument a été placé directement dans une veine ou une artère du patient source (39 cas, 40 %). Deux tiers (32/48) des patients sources dont le statut clinique était connu avaient un Sida déclaré. Pour les cas possibles, il est rare que chaque événement potentiellement infectieux ait été enregistré.

Intervalle de séroconversion

L'analyse des données sur l'intervalle entre l'exposition et le premier test de recherche d'anticorps anti-VIH positif montre que plus de 95 % des infections ont été découvertes lors d'un test réalisé dans les six mois qui ont suivi l'exposition. Les séroconversions plus tardives étaient rares bien que, dans trois cas, le test réalisé six mois après l'exposition était négatif, la séroconversion étant survenue plus tard.

RÉFÉRENCES

- [1] Anon. Needlestick transmission of HTLV III from a patient infected in Africa. *Lancet* 1984; 2 (8416): 1376-7.
- [2] Occupational transmission of HIV - pdf file see <http://www.phls.co.uk/facts/hivocr.pdf>

Tableau 1. Cas rapportés d'infections professionnelles par le VIH dans le monde et cas de SIDA, par pays

Pays / Région	Nombre estimé de cas vivant avec le VIH / SIDA (fin 1997) En milliers	Cas certains d'infections professionnelles	Cas possibles d'infections professionnelles	Total
EUROPE				
France**	110	11	29	40
Espagne	120	5	-	5
Italie	90	5	1	6
Allemagne	35	3	22*	25
Royaume Uni	25	4	8	12
Belgique	8	2	1	3
Suisse	12	2	-	2
Pays-Bas	14	-	2	2
Danemark	3	-	1	1
USA	820	52	114	166
Canada	44	1	2	3
Amérique				
A. Centrale/du Sud	1300	1	9	10
Asie	6220	-	1	1
Afrique	21 200	5	1	6
Australasie	12	4	-	4

* incluant les cas qui réclament une indemnité compensatrice pour infection professionnelle par le VIH.

** Les 2 derniers cas français n'ont pas été pris en compte dans ce tableau en raison du mode de recueil.