

## SURVEILLANCE

### INFECTIONS PROFESSIONNELLES PAR LE VIH EN FRANCE CHEZ LE PERSONNEL DE SANTÉ

LE POINT AU 30 JUIN 1998

F. Lot<sup>1</sup>, A.C. de Benoist<sup>1</sup>, D. Abiteboul<sup>2</sup>

La surveillance des infections professionnelles par le VIH chez le personnel de santé en France, mise en place depuis 1990, permet de connaître leur nombre, leurs tendances évolutives et leurs caractéristiques et aide à l'identification des pratiques et des procédures à risque. Le dernier recensement réalisé en juin 1995 avait permis de comptabiliser 37 cas d'infection professionnelle depuis le début de l'épidémie [1]. Parmi ces cas, 10 étaient des contaminations prouvées, avec séroconversion documentée. L'objectif de cet article est d'actualiser le recensement des contaminations professionnelles par le VIH chez le personnel de santé, à la date du 30 juin 1998.

#### MÉTHODES

##### 1. Définition de cas

Dans un but de surveillance, une **séroconversion professionnelle documentée** chez un personnel de santé est définie par l'ensemble des critères suivants :

- une exposition professionnelle percutanée ou cutanéomuqueuse précise,
- une sérologie VIH chez le personnel de santé négative entre 8 jours avant et 4 semaines après l'accident,
- une séroconversion VIH entre 4 semaines et 6 mois après l'accident.

Une **infection professionnelle présumée** est définie par l'association des critères suivants :

- la découverte d'une séropositivité VIH chez un personnel de santé,
- l'absence d'un autre mode de contamination par le VIH retrouvé,
- la notion d'une exposition professionnelle (lors de soins ou d'un accident exposant au sang) au contact de patients dont le statut sérologique VIH n'est pas toujours connu.

##### 2. Fonctionnement du système de surveillance

La surveillance des contaminations professionnelles chez le personnel de santé repose sur plusieurs sources d'information et principalement sur le **Réseau national des médecins du travail de tous les établissements de soins, publics et privés**. La déclaration volontaire par les médecins du travail a d'ailleurs été rappelée dans la circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98/228 du 9 avril 1998 [2]. Mais le système n'est pas uniquement passif, puisque ces médecins sont régulièrement sollicités par le Réseau National de Santé Publique (Institut de Veille Sanitaire depuis le 9 mars 1999), soit individuellement, soit collectivement pour les grands groupes hospitaliers [ex : l'AP-HP] et l'ont été à nouveau fin 1997/début 1998 pour notifier les nouveaux cas de contamination professionnelle par le VIH depuis le recensement précédent (juin 1995).

Les sources d'information complémentaires pour cette surveillance sont :

- les **déclarations obligatoires de SIDA** chez les personnels de santé dont le mode de contamination est inconnu, pour lesquelles une demande de renseignements complémentaires auprès du médecin déclarant permet de suspecter une éventuelle contamination professionnelle par le VIH,
- les **déclarations d'accident du travail dans le cadre du régime général de la Sécurité Sociale**,
- les **notifications par des cliniciens ayant été amenés à prendre en charge des soignants victimes d'une contamination professionnelle VIH**,
- et les **publications** éventuelles.

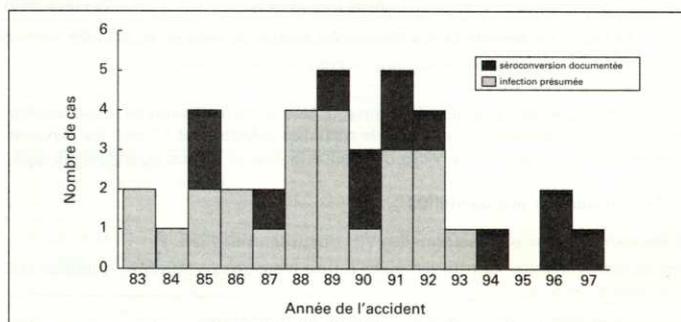
#### RÉSULTATS

Au total, 42 cas d'infection VIH professionnelle chez le personnel de santé ont été recensés en France depuis le début de l'épidémie. Parmi ces 42 cas, 13 sont des séroconversions documentées et 29 sont des infections présumées.

<sup>1</sup> Institut de Veille Sanitaire.

<sup>2</sup> Médecine du travail, Bichat-Claude Bernard - GERES.

Figure 1. Nombre de contaminations professionnelles VIH chez le personnel de santé selon le type (séroconversion documentée ou infection présumée) et l'année de l'accident



La plupart de ces contaminations VIH ont été reconnues comme suites d'accidents du travail.

Le nombre de nouveaux cas survenus ces dernières années est de 1 en 1994, 0 en 1995, 2 en 1996 et de 1 en 1997 (Fig. 1). Il ne s'agit depuis 1994 que de séroconversions documentées, en raison d'une amélioration de la prise en charge et du suivi sérologique après accident exposant au sang.

##### 1. Répartition par profession

Les infirmières représentent la presque totalité des séroconversions documentées (dans 12 cas sur 13) et 38% des infections présumées (11 cas sur 29) (Tab. 1). En dehors des infirmières, les infections concernent, pour un nombre assez similaire de cas, des professions diverses : aide-soignants, agent-hospitaliers, anesthésiste, étudiant en médecine, interne en médecine, chirurgien ou aide opératoire, biologiste ou laborantin et enfin dentiste ou assistant dentaire.

Tableau 1. Répartition des contaminations professionnelles VIH en fonction de la profession du personnel de santé et du type d'infection

Profession du personnel de santé	Séroconversion documentée	Infection présumée
Infirmière(e)	12	11
Aide-soignant(e)		2
Agent hospitalier		2
Anesthésiste/réanimateur		2
Étudiant en médecine		2
Interne en médecine	1	1
Biologiste		2
Chirurgien		1
Aide-opératoire		1
Dentiste		1
Assistant(e) dentaire		1
Laborantin(e)		1
Inconnu		2
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>29</b>

##### 2. Répartition géographique et par service

La majorité de ces infections professionnelles VIH concerne des personnels de santé travaillant en Ile-de-France (25/42), les autres étant réparties sur l'ensemble du territoire.

Tableau 2. Caractéristiques des séroconversions professionnelles VIH documentées en France

Profession	Année de l'accident	Tâche en cours	Statut du malade Source	Prophylaxie antirétrovirale				Symptômes de primo-infection (à J)	1 <sup>re</sup> sérologie positive (à J)
				Prescription	Début	Durée	Commentaire		
infirmière	1985 (publié)	recapuchonnage d'aiguille à ponction pleurale	VIH+ Lymphadénopathie	aucune				26	68
infirmière	1985 (publié)	prélèvement IV	SIDA	aucune				58	180*
infirmière	1987 (publié)	prélèvement IV sous-vide	SIDA	aucune				23	45
infirmière	1989	prélèvement IV	SIDA	aucune				12	39
infirmière	1990	prélèvement IV sous-vide (ramassage)	SIDA sous AZT	AZT 1g/j	1h30	3 sem	échec	16	52
infirmière	1990	hémoculture	VIH+ Lymphadénopathie	aucune				non	87
infirmière	1991	prélèvement IV sous-vide	SIDA Sous AZT	AZT 600mg/j	1/2h	4 sem	mauvaise observance	18	112*
infirmière	1991	prélèvement IV sous-vide (rangement)	SIDA	aucune				14	186*
infirmière	1992	prélèvement IV sous-vide (rangement : chute du corps de pompe sur le pied)	SIDA	AZT 1g/j	2h	48h	arrêt précoce	22	69
infirmière	1994	prélèvement sur chambre implantable (aiguille traînante)	SIDA sous AZT (souche résistante)	AZT 1g/j	1h	2 sem	échec	non	87
infirmière	1996	hémoculture	Phase de séroconversion	aucune				?	83
interne en médecine	1996	recapuchonnage d'aiguille à gaz du sang	VIH+ asymptomatique Non traité (CV plasm : 25 000 copies/ml)	AZT+ddl pdt 48h Puis AZT seul	1h30	4 sem	échec	45	97
infirmière	1997	élimination d'un sac de déchets septiques (seringue montée avec pompeuse)	SIDA sous triT (CV = 820 copies/ml 15 j plus tard)	AZT+3TC+IDV pdt 48h Puis D4T+3TC+IDV	1h30	4 sem	échec	40	55

Pour ces 3 cas, la séropositivité est probablement antérieure, mais aucun contrôle sérologique n'a été réalisé avant ces dates.

Les services où se sont produits de façon plus fréquente les accidents responsables des contaminations sont les services de maladies infectieuses (7 cas), les services de réanimation (6 cas), les services d'urgence (5 cas) et le bloc opératoire (5 cas).

### 3. Circonstances accidentelles

#### 13 séroconversions professionnelles VIH documentées (Tab. 2) :

Ces séroconversions font toutes suite à une blessure par piqûre, qualifiée de profonde dans 5 cas.

Elles concernent 12 infirmières et 1 interne en médecine.

Le plus souvent, l'accident est survenu lors d'un prélèvement veineux (dans 10 cas/13), les tâches en cours dans les 3 autres cas étant : un prélèvement artériel, une ponction pleurale (liquide pleural souillé par du sang) et l'élimination de déchets.

Les circonstances précises montrent qu'au moins 7 accidents sont survenus « après le geste », lors du recapuchonnage de l'aiguille, du ramassage du matériel ou avec des aiguilles traînantes.

Les patients source étaient tous séropositifs pour le VIH et le plus souvent au stade Sida (9 cas/13), avec parfois la notion d'une phase terminale (3 cas/9). Dans un cas, le patient source était en phase de séroconversion après une contamination transfusionnelle, ce qui pose le problème d'une double fenêtre sérologique, d'abord chez le donneur de sang, puis chez le patient source. Pour les 2 derniers cas survenus, l'un en 1996 et l'autre en 1997, on dispose de la charge virale plasmatique chez le patient source au moment de l'accident et dans un cas celle-ci était indétectable.

Les symptômes de primo-infection ont été quasi constants (dans 10 cas/12, l'information étant manquante pour 1 cas) et sont survenus entre la 2<sup>e</sup> et la 8<sup>e</sup> semaine après l'accident.

Une prophylaxie antirétrovirale a été prescrite chez 6 soignants, mais on ne peut parler d'échecs que dans les 4 cas où cette prophylaxie a été bien conduite : début dans les 2 heures après l'accident, durée du traitement d'au moins 15 jours et observance qui a semblé bonne. Il s'agit de 2 échecs à la zidovudine, 1 échec à une bithérapie suivie d'une monothérapie par la zidovudine et 1 échec à une trithérapie identique à celle dont bénéficiait le patient source, alors qu'aucune résistance de la souche virale n'a été mise en évidence par la suite.

#### 29 infections professionnelles présumées :

Les circonstances de survenue des accidents ayant conduit à une infection VIH présumée sont diverses : 15 piqûres, 7 coupures, 2 contacts cutanés sur peau lésée et aucun antécédent d'exposition accidentelle précis retrouvé dans 1 cas. Les informations sur les circonstances de l'accident ne sont pas disponibles dans 4 cas.

### DISCUSSION - CONCLUSION

Au total, même si les infirmières sont toujours les plus concernées par les contaminations professionnelles VIH, on constate peu de nouveaux cas sur les dernières années, ce qui pourrait s'expliquer par les facteurs suivants :

- une diminution du nombre d'accidents exposant au sang (AES) et surtout des accidents les plus graves, mais cela reste à vérifier, d'où l'importance des réseaux de surveillance des AES pour objectiver des tendances,
- la diminution de la charge virale chez les patients infectés grâce aux nouvelles stratégies thérapeutiques, mais cette surveillance des infections professionnelles a montré qu'une contamination est toujours possible par un patient à charge virale basse
- et l'effet des prophylaxies post-exposition, mais des échecs de prophylaxies antirétrovirales existent, même avec des trithérapies [3]. L'évaluation nationale de la prise en charge des expositions récentes au VIH devrait pouvoir permettre d'appréhender l'efficacité des antirétroviraux dans cette indication.

Le caractère évitable de beaucoup d'accidents (recapuchonnage, objets traînants, élimination de déchets) et la lourdeur des traitements prophylactiques (contraintes, effets secondaires, échecs possibles) doivent inciter à poursuivre et à ne pas relâcher les efforts d'information sur la prévention. Trop souvent encore, les précautions universelles, appelées désormais « standart » [4], sont insuffisamment appliquées. L'amélioration du matériel de sécurité doit aussi rester une préoccupation majeure.

### BIBLIOGRAPHIE

- [1] Lot F, Abiteboul D. Infections professionnelles par le VIH en France chez le personnel de santé. Le point au 30 juin 1995. BEH 1995 ; 44 : 193-4.
- [2] Principales dispositions de la circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98/228 du 9 avril 1998 relatives aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH. BEH 1998 ; 30 : 130-1.
- [3] Perdue D. 6th conference on retroviruses and opportunistic infections. Abstract A210. Chicago 31 janvier-4 février 1999.
- [4] Circulaire DGS/DH n°98/249 du 20 avril 1998 sur la prévention de la transmission des agents infectieux véhiculés par le sang ou les autres liquides biologiques lors des soins. BEH 1998 ; 25 : 107-11.

Nous remercions tous les médecins et particulièrement tous les médecins du travail des établissements de soins ayant participé à ce recensement.