

Contaminations professionnelles par le VIH et le VHC chez le personnel de santé

Le point au 31 décembre 2003

Source : déclarations volontaires par les médecins du travail des établissements de soins, les médecins des pôles de référence du VHC, les hépato-gastro-entérologues et les médecins responsables des centres d'hémodialyse

Synthèse réalisée par : Florence Lot (Institut de veille sanitaire) et Brigitte Migueres, Yazdan Yazdanpanah, Dominique Abiteboul (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux, Geres)

Mots-clés : personnel de santé, VIH, VHC, contamination professionnelle, accident avec exposition au sang

Courriel : f.lot@invs.sante.fr

Points essentiels

Au 31 décembre 2003, depuis le début de la surveillance :

- 13 séroconversions professionnelles VIH chez le personnel de santé dont la dernière date de 1997 (et 32 infections présumées), 13 piqûres en cause, dont 12 après un geste en intra-veineux ou en intra-artériel, 4 échecs de prophylaxie antirétrovirale.
- 52 séroconversions professionnelles VHC chez le personnel de santé (entre 2 et 5 par an depuis 1997),
48 piqûres en cause (dont 11 non liées à une aiguille creuse utilisée en intra-vasculaire), 3 coupures et 1 contact sanguin sur peau lésée.

1. Objectifs et modalités de la surveillance

1.1 Objectifs

La surveillance des contaminations professionnelles chez le personnel de santé en France a été mise en place, de manière rétrospective et prospective, en 1991 pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et en 1997 pour le virus de l'hépatite C (VHC). L'importance de cette surveillance a été rappelée à plusieurs reprises par voie de circulaire [1,2]. Les objectifs sont de décrire les tendances évolutives et les caractéristiques des contaminations par le VIH et le VHC chez le personnel de santé, afin de participer à l'identification et à la prévention des accidents exposant au sang (AES) à haut risque de transmission virale.

1.2 Modalités et fonctionnement de la surveillance

Définitions

Dans le cadre de cette surveillance, une séroconversion professionnelle chez un personnel de santé est définie par l'ensemble des critères suivants :

- une exposition professionnelle accidentelle percutanée ou cutanéomuqueuse,
- une sérologie VIH ou VHC négative entre 8 jours avant et 4 semaines après l'exposition,
- une séroconversion VIH ou VHC entre 4 semaines et 6 mois après l'exposition (ou l'apparition d'une PCR positive).

Concernant le VIH, sont aussi recueillies les infections présumées, qui sont définies par la découverte d'une séropositivité VIH chez un personnel de santé ayant exercé au contact de patients infectés par le VIH, et n'ayant pas d'autre mode de contamination pour le VIH retrouvé. Cette définition n'est pas utilisée pour le VHC, car il est difficile d'éliminer avec certitude les facteurs de risque non professionnels.

Le système de surveillance repose essentiellement sur les médecins du travail des établissements de soins (publics et privés), ainsi que sur les médecins responsables des pôles de référence VHC, des services hospitaliers d'hépatogastro-entérologie et des services d'hémodialyse. Ces médecins sont tous régulièrement sollicités par l'InVS pour signaler de nouvelles contaminations (dernier mailing au début de l'année 2004), mais adressent aussi spontanément des déclarations.

Des sources d'information complémentaires existent pour cette surveillance et sont :

- les déclarations obligatoires d'infection VIH et de sida chez les personnels de santé dont le mode de contamination est inconnu, pour lesquels une demande de renseignements complémentaires auprès du médecin déclarant peut permettre de suspecter une origine professionnelle ;
- les reconnaissances comme accidents du travail dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale, ceci étant possible pour les contaminations par le VIH, où des données individuelles sont collectées, mais impossible pour les contaminations par le VHC (données agrégées) ;
- les signalements des infections nosocomiales qui parviennent à l'InVS.

Les données sont recueillies sur la base de questionnaires non nominatifs, disponibles sur le site de l'InVS (www.invs.sante.fr).

2. Résultats

2.1 Contaminations professionnelles VIH

Aucune nouvelle séroconversion VIH n'a été rapportée depuis 1997, ce qui donne toujours un total de 13 séroconversions VIH chez le personnel de santé au 31 décembre 2003 depuis le début de l'épidémie (et 32 infections présumées).

La distribution au cours du temps est présentée en figure 1. Dans les premières années de la surveillance, il s'agissait essentiellement d'infections présumées, alors que sur les années récentes, les contaminations remplissent plus souvent les critères des séroconversions. La contamination la plus récente est une infection présumée, qui date de 2001 et concerne un personnel d'un laboratoire privé, dont le diagnostic d'infection VIH n'a pas été réalisé dans les 6 mois après l'AES.

Les contaminations professionnelles VIH concernent une grande proportion d'infirmières (tableau 1).

Les principaux services où se sont produits les accidents responsables des contaminations VIH (séroconversions et infections présumées) sont les suivants : maladies infectieuses et médecine (7 cas chacun), réanimation et bloc opératoire (6 cas chacun), urgences (5 cas) et laboratoire (4 cas).

Au total, 55 % des contaminations déclarées se sont produites chez des personnels de santé exerçant en Ile-de-France (6 séroconversions et 19 infections présumées).

Circonstances accidentelles

Les 13 séroconversions VIH rapportées ont déjà été décrites à plusieurs reprises [3]. Elles ont toutes fait suite à une blessure par piqûre, 12 après un geste en intraveineux ou intra-artériel.

Les circonstances précises montrent qu'au moins 7 accidents étaient évitables par l'application des précautions standards.

La séropositivité VIH du patient source était connue dans les 13 cas (au moment ou à la suite de l'AES) et celui-ci était le plus souvent au stade sida (9 cas).

Une prophylaxie antirétrovirale a été prescrite chez 6 professionnels de santé mais on ne peut parler d'échec que chez 4 d'entre eux, qui ont poursuivi leur traitement pendant au moins 15 jours avec une observance qui a semblé bonne [4].

Concernant les 32 infections présumées, 17 sont liées à des piqûres, 7 à des coupures et 2 à des contacts sanguins prolongés sur peau lésée. Les circonstances de l'accident ne sont pas disponibles dans 6 cas.

2.2 Séroconversions professionnelles VHC

Depuis la mise en place de cette surveillance, au 31 décembre 2003, ont été recensées 52 séroconversions professionnelles VHC chez le personnel de santé, dont 39 au contact d'un patient source connu comme infecté par le VHC (au moment ou à la suite de l'AES).

Après un pic en 1996, peut-être lié à la mise en place de la surveillance, le nombre annuel de séroconversions VHC est compris entre 2 et 5 depuis 1997 (figure 2).

Les séroconversions concernent 35 infirmières (72%), 7 médecins (dont 1 biologiste), 4 agents hospitaliers, 3 aide-soignants, 2 laborantins et 1 sage femme.

Les principaux services où se sont produits les accidents responsables des séroconversions VHC sont les services d'hémodialyse (7 cas), d'hépatogastro-entérologie (7 cas), d'urgences/Samu (5 cas), de chirurgie (5 cas), de néphrologie (5 cas), de psychiatrie (4 cas) et de gériatrie (4 cas).

Le tiers des séroconversions professionnelles VHC concerne des personnels de santé travaillant en Ile-de-France, les autres cas étant répartis sur l'ensemble du territoire.

Circonstances accidentelles

Les 52 séroconversions ont fait suite à une piqûre dans 48 cas, à une coupure dans 3 cas et à un contact sanguin sur peau lésée dans 1 cas.

Tâches en cours :

> Pour les 48 piqûres, les tâches en cours sont connues dans 46 cas : prélèvements veineux (12 cas), pose d'une voie veineuse (6 cas), gestes de dialyse (5 cas), injection sous-cutanée (4 cas), hémoculture (3 cas), injection intra musculaire (3 cas), rangement du matériel après un geste (4 cas), prélèvement capillaire (2 cas), prélèvement artériel (2 cas), manipulation de déchets (2 cas), ponction d'ascite (1 cas), injection intraveineuse (1 cas) et nursing (1 cas).

> Sur les 3 cas de coupure, l'une est survenue lors du déblocage manuel d'un automate en panne, l'autre en cherchant à désarmer un patient s'étant volontairement blessé avec un cutter et la dernière avec un bistouri traînant lors du rangement du matériel après un geste aux urgences.

> Le contact cutané sanguin a résulté d'une compression d'une plaie d'autolyse, sans port de gants.

Matériel en cause :

Concernant les 44 piqûres pour lesquelles l'information est disponible, les aiguilles en cause ont été principalement des aiguilles creuses contenant du sang, après un geste en intra veineux ou en intra artériel (dans 32 cas). Néanmoins, la contamination est survenue après piqûre avec une aiguille de faible calibre (sous-cutanée ou lancette) dans 7 cas, une aiguille intra-musculaire dans 3 cas, une aiguille pleine (de suture) dans 1 cas et un trocart d'ascite dans 1 cas.

Mécanisme en cause :

Pour 22 piqûres, il a été précisé que celle-ci était survenue après le geste (recapuchonnage, rangement, élimination dans le container) ou avec des aiguilles traînantes. Si on y ajoute 2 des 3 coupures (déblocage manuel de l'automate et bistouri traînant) et la compression de plaie sans gants, au moins 25 séroconversions (48%) étaient évitables par l'application des précautions standards.

3. Discussion - Conclusion

Globalement, l'exhaustivité de cette surveillance est sans doute assez bonne en raison d'une participation des médecins du travail satisfaisante et de l'existence de sources d'information multiples.

Sur la base du nombre d'AES déclarés en 2002, le groupe AES-Raisin (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales) a estimé qu'environ 32 000 AES seraient déclarés chaque année aux médecins du travail en France. Compte tenu de la proportion d'accidents percutanés, de la prévalence du VIH ou du VHC chez les patients sources, du taux de chronicité pour le VHC et du risque de séroconversion après AES, le nombre de contaminations professionnelles attendu chaque année serait proche de 1 pour le VIH et entre 4 et 5 pour le VHC [5]. Ces chiffres sont cohérents avec ceux observés dans le cadre de notre surveillance.

La dernière séroconversion VIH déclarée date de 1997 et peu de nouvelles séroconversions VHC ont été notifiées sur les années récentes. Ceci pourrait s'expliquer par la diminution du nombre d'accidents exposant au sang [6] (même si cette diminution ne serait plus observée depuis 1 ou 2 ans), par globalement une diminution de la charge virale chez les patients infectés grâce aux nouvelles stratégies thérapeutiques et, pour le VIH, par l'effet potentiel des prophylaxies antirétrovirales post-exposition.

Cette surveillance met en évidence le fait que des AES d'apparence mineure ont donné lieu à des séroconversions VHC (mais pour l'instant pas à des séroconversions VIH en France), d'où l'importance de leur déclaration en accident du travail, du suivi sérologique systématique et de l'application des précautions générales d'hygiène ou précautions standards quel que soit le geste [7]. Près de la moitié des séroconversions professionnelles VIH ou VHC auraient pu être évitées par le respect des précautions standards.

Références

- [1] 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.
- [2] Circulaire DGS/DH/DRT n°99/680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques. BEH 2000;2:5-9.
- [3] Lot F, De Benoist AC, Tarantola A, Yazdanpanah Y, Domart M. Infections professionnelles par le VIH et le VHC en France chez le personnel de santé. BEA 1999;2:167-70.
- [4] Lot F, Miguères B, Yazdanpanah Y, Tarantola A, Abiteboul D, Domart M, Bouvet E. Séroconversions professionnelles par le VIH et le VHC chez le personnel de santé en France, le point au 30 juin 2001. BEH 2002;12:49-51.
- [5] Groupe AES-Raisin. Surveillance des accidents exposant au sang chez les soignants dans les établissements de santé en France : données du réseau AES-Raisin 2002. SNMI 2005.
- [6] Abiteboul D, Lamontagne F, Lolom I, Tarantola A, Descamps JM, Bouvet E. Incidence des accidents exposant au sang chez le personnel infirmier en France métropolitaine, 1999-2000 : résultats d'une enquête multicentrique dans 32 hôpitaux. BEH 2002;51:256-8.
- [7] Circulaire DGS/DH n°98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

Figure 1 - Nombre de séroconversions professionnelles VIH (et d'infections présumées) chez le personnel de santé selon l'année de l'accident *France, situation au 31/12/2003*

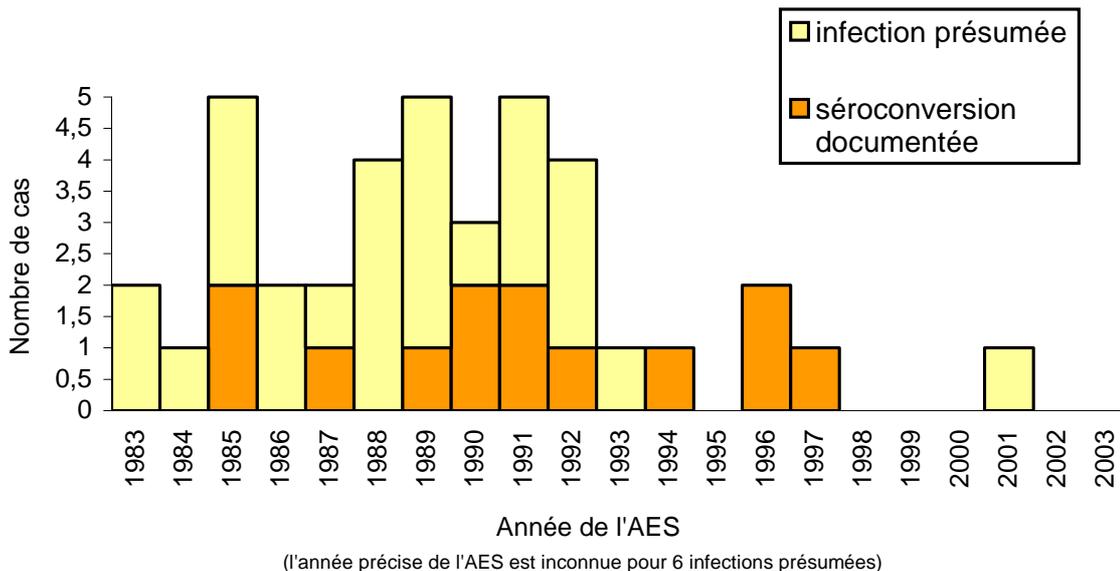


Tableau 1 - Répartition des contaminations professionnelles VIH chez le personnel de santé en fonction de la profession exacte et du type de contamination (France, situation au 31/12/2003)

Profession	Séroconversion documentée	Infection présumée
infirmier(e)	12	11
médecin non chirurgien (y compris interne et externe)	1	5
personnel de laboratoire		4
aide-soignant(e)		3
agent hospitalier		3
chirurgien/aide opératoire		2
dentiste/assistant dentaire		2
inconnu		2
Total	13	32

Figure 2 - Nombre de séroconversions professionnelles VHC chez le personnel de santé selon l'année de l'accident, France, situation au 31/12/2003

