

Contaminations professionnelles par le VIH et le VHC chez le personnel de santé, France, situation au 31 décembre 2004

Florence Lot¹, Brigitte Miguères², Dominique Abiteboul^{2,3}

¹Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

²Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux, Paris ³Hôpital Bichat, Paris

INTRODUCTION

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.

MÉTHODE

Définition

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 (à du sang ou à un liquide biologique potentiellement contaminant) ;
- une sérologie VIH ou VHC négative entre huit jours avant et quatre semaines après l'exposition ;
- une séroconversion VIH ou VHC entre quatre semaines et six 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 plus difficile d'éliminer les facteurs de risque non professionnels.

Fonctionnement du système de surveillance

Le système de surveillance, coordonné par l'Institut de veille sanitaire, 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 pour signaler de nouvelles contaminations.

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 ;
- les reconnaissances comme accidents du travail dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale ;
- les signalements des infections nosocomiales.

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

RÉSULTATS

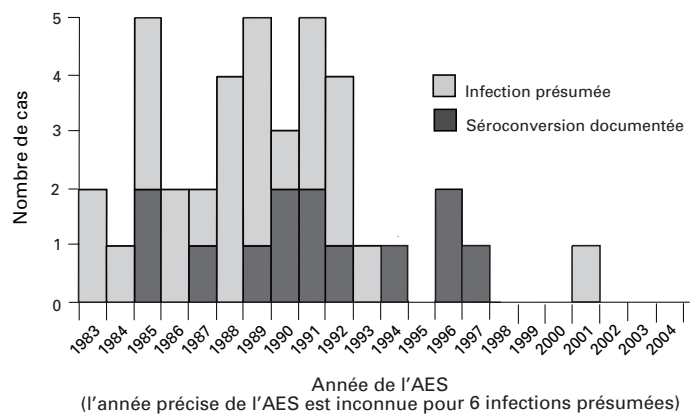
Contaminations professionnelles VIH

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 2004 depuis le début de l'épidémie (et 32 infections présumées) [3,4].

La distribution des contaminations VIH au cours du temps est présentée en figure 1. Dans les premières années, il s'agissait essentiellement d'infections présumées. Ensuite, les contaminations remplissent plus souvent les critères des séroconversions, sachant que depuis 1989, des textes réglementaires exigent la déclaration d'un accident et une séroconversion pour permettre une indemnisation. La contamination la plus récente est une infection présumée, datant de 2001 et concernant un personnel d'un laboratoire privé, dont le diagnostic d'infection VIH n'a pas été réalisé dans les 6 mois après l'AES.

Figure 1

Nombre de séroconversions professionnelles VIH (n = 13) et d'infections présumées, (n = 32) chez le personnel de santé selon l'année de l'AES, France, situation au 31/12/2004



Les contaminations professionnelles VIH concernent une fois sur deux une infirmière (tableau 1).

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

Tableau 1

Répartition des contaminations professionnelles VIH et VHC chez le personnel de santé en fonction de la profession exacte, France, situation au 31/12/2004

| Profession | Contamination VIH | | Séroconversion VHC |
|--|-------------------|--------------------|--------------------|
| | Séroconversion | Infection présumée | |
| Infirmier(e) (y compris élève infirmier(e)) | 12 | 11 | 37 |
| Médecin non chirurgien (y compris interne et externe) | 1 | 5 | 7 |
| Personnel de laboratoire | | 4 | 2 |
| Aide-soignant(e) | | 3 | 3 |
| Agent hospitalier | | 3 | 4 |
| Chirurgien/aide opératoire | | 2 | |
| Dentiste/assistant dentaire | | 2 | |
| Sage-femme | | | 1 |
| Inconnu | | 2 | |
| Total | 13 | 32 | 54 |

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 intra-veineux ou intra-artériel. 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.

Séroconversions professionnelles VHC

Depuis la mise en place de cette surveillance, au 31 décembre 2004, ont été recensées 54 séroconversions professionnelles VHC documentées chez le personnel de santé, dont 41 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 en 1997, le nombre annuel de séroconversions VHC est compris entre 2 et 5 depuis cette date (figure 2). Les séroconversions VHC concernent 69 % d'infirmières (tableau 1). Les principaux services où se sont produits les accidents responsables des séroconversions VHC sont les services d'hémodialyse (8 cas), d'hépatogastro-entérologie (8 cas), d'urgences/SAMU (5 cas), de chirurgie (5 cas), de néphrologie (5 cas), de psychiatrie (4 cas) et de gériatrie (4 cas).

Figure 2

Nombre de séroconversions professionnelles VHC (N = 54) chez le personnel de santé selon l'année de l'AES, France, situation au 31/12/2004



Circonstances accidentelles

Les 54 séroconversions ont fait suite à une piqûre dans 50 cas, à une coupure dans 3 cas et à un contact sanguin sur peau lésée dans 1 cas.

Tâches en cours :

- pour les 50 piqûres, les tâches en cours sont connues dans 48 cas : prélèvements veineux (11 cas), pose/dépose d'une voie veineuse (7 cas), gestes de dialyse (5 cas), injection sous-cutanée (4 cas), rangement du matériel après un geste (4 cas), hémoculture (3 cas), injection intra-musculaire (3 cas), manipulation de déchets (3 cas), prélèvement capillaire (2 cas), prélèvement artériel (2 cas), nursing (2 cas), ponction d'ascite (1 cas), injection intra-veineuse (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 46 piqûres pour lesquelles l'information est disponible, les aiguilles en cause ont été principalement des aiguilles creuses contenant du sang (dans 34 cas). Néanmoins, la contamination est survenue 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 deux des trois coupures (déblocage manuel de l'automate et bistouri traînant) et la compression de plaie sans gants, au moins 25 séroconversions VHC (46 %) étaient évitables par l'application des précautions standards.

DISCUSSION-CONCLUSION

Même si l'exhaustivité de cette surveillance est difficile à évaluer, l'existence de sources d'information multiples permet de limiter la sous-déclaration. Sur la base de l'incidence des AES déclarés en 2003 pour 100 lits d'hospitalisation, le groupe AES-Raisin (réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales) a estimé qu'environ 35 000 AES seraient déclarés chaque année aux médecins du travail en France et que le nombre de contaminations professionnelles attendu chaque année serait proche de 1 pour le VIH et de 5 pour le VHC [5]. Ces chiffres sont cohérents avec ceux observés dans le cadre de notre surveillance, dans la mesure où compte-tenu des délais de déclaration, d'autres contaminations peuvent encore nous être déclarées sur les années les plus récentes.

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 observée entre 1990 et 2000 [6], 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 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. Les efforts réalisés en matière de prévention des AES depuis de nombreuses années doivent être poursuivis à travers des actions de sensibilisation régulières auprès des professionnels de santé, et notamment des infirmières.

Cette surveillance est désormais élargie aux contaminations professionnelles par le VHB¹.

Tout médecin ayant (ou ayant eu) connaissance d'une contamination VHB répondant à la définition précisée ci-dessous devrait la déclarer à l'Institut de veille sanitaire, de façon non nominative, à l'aide du questionnaire disponible sur le site (www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/questionnaires.htm).

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des médecins, et notamment tous les médecins du travail, qui participent à cette surveillance.

RÉFÉRENCES

- [1] Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/228 du 9 avril 1998 relative 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, Abiteboul D. Infections professionnelles par le VIH en France chez le personnel de santé. Le point au 30 juin 1998. BEH 1999; 18:69-70.
- [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] Raisin. Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français : résultats de l'année 2003. Rapport à paraître.
- [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.

¹ Dans le cadre de cette surveillance, une contamination professionnelle VHB chez un personnel de santé est définie par une séroconversion documentée (apparition de l'Ags ou des Ac anti-HBc) survenue dans les 6 mois après une exposition accidentelle sur le lieu de travail.