

Contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel soignant : le point au 31 décembre 2018

La transmission possible aux professionnels de santé de virus tels que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) mais aussi de l'hépatite C (VHC) et de l'hépatite B (VHB) lors d'accidents exposant au sang (AES) a incité à analyser les facteurs de risque de ces accidents et à développer des stratégies de prévention pour améliorer la sécurité des soignants. L'application des précautions standard ainsi que l'utilisation de matériels de sécurité ont notamment permis de diminuer la fréquence des AES [1, 2]. Le caractère évitable de ces accidents n'est cependant pas absolu, d'où l'importance d'une surveillance des AES, mise en place au sein de chaque établissement de soins par le médecin du travail, afin de suivre leurs circonstances de survenue, qui peuvent varier en fonction de modifications dans l'organisation du travail, la formation des personnels, le choix de matériels...

** Ce délai de 6 mois est à visée de surveillance. En revanche, le délai actuellement retenu comme critère médico-légal de reconnaissance d'une séroconversion professionnelle est de 6 semaines (arrêté du 27 mai 2019).*

Parallèlement à la surveillance des AES, un recensement des contaminations virales survenues chez des soignants dans les suites d'un AES est essentiel afin de caractériser les accidents à haut risque de transmission.

Une surveillance des contaminations professionnelles VIH, VHC et VHB survenues après un AES a ainsi été mise en place par l'InVS (Institut de veille sanitaire) (devenu Santé Publique France), en lien avec le GERES (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux) en 1991 pour le VIH, en 1997 pour le VHC et en 2005 pour le VHB. Depuis le 1^{er} mai 2017, elle a été transférée, par Santé Publique France, au GERES qui en assure la mise en œuvre. L'analyse des données est assurée en collaboration avec Santé Publique France dans le strict respect de la confidentialité.

Les objectifs de la surveillance sont de participer à l'identification et à la prévention des expositions professionnelles à haut risque et d'aider à l'amélioration de la prise en charge après exposition (suivi biolo-

gique, prophylaxie post-exposition). Elle est complémentaire de celle des AES.

Définitions

Séroconversion professionnelle

Dans le cadre de cette surveillance épidémiologique, 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 ;
- un statut viral négatif au moment de l'exposition (anticorps (Ac) anti-VIH, Ac anti-VHC ou antigène HBs et Ac anti-HBc négatifs) ;
- une séroconversion VIH, VHC ou VHB dans les 6 mois* après l'exposition (apparition des Ac anti-VIH ou des Ac anti-VHC ou des AgHBs et Ac anti-HBc négatifs, ou détection de l'ARN du VIH ou du VHC par PCR suivie d'une positivité des anticorps).

En l'absence d'une sérologie de base négative réalisée au moment de l'exposition, un profil d'infection récente dans les suites d'une exposition accidentelle permettra aussi de définir une séroconversion professionnelle, tout comme une comparaison des souches virales montrant la similitude du virus du patient source et de la victime.

Infection présumée

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, ce soignant n'ayant pas d'autre mode de contamination pour le VIH retrouvé. Cette définition n'est pas utilisée pour les hépatites, car il est plus difficile d'éliminer les facteurs de risque non professionnels.

Sources d'information

Les sources d'information sont principalement les médecins du travail mais aussi les CPIAS (Centre de prévention des infections associées aux soins), infectiologues, hépatologues. Elles sont complétées par l'analyse des déclarations obligatoires d'infections VIH chez les professionnels de santé et les signalements éventuels d'infections nosocomiales.

Les données sont recueillies sur la base de questionnaires non nominatifs, disponibles sur le site du GERES (encadré). Les informations collectées font l'objet d'un traitement informatique autorisé par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et sont publiées de manière totalement anonyme, sans faire notamment apparaître le nom des établissements d'appartenance des soignants.

Résultats

Contaminations professionnelles VIH

Le nombre de contaminations VIH chez le personnel de santé déclarées au 31 décembre 2018 sur près de 30 ans, s'élève à 14 et le nombre d'infections présumées à 35. La distribution des contaminations VIH au cours du temps est présentée en figure 1. La dernière remonte à 2004.

Il s'agit de 13 piqûres avec aiguille creuse, majoritairement lors de prélèvements veineux chez des infirmier(ière)s et d'une projection massive au visage chez un secouriste. Au moins 8 étaient évitables par l'application des précautions standard.

Parmi les 6 personnels de santé ayant bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale, on ne peut parler d'échec

Encadré

DÉCLARATION DE CONTAMINATION PROFESSIONNELLE PAR LE VIH, LE VHC OU LE VHB APRÈS ACCIDENT EXPOSANT AU SANG (AES)

Tout médecin ayant connaissance d'une contamination professionnelle par le VIH, le VHC ou le VHB après un AES, doit la déclarer en utilisant les formulaires disponibles sur le site du GERES (www.geres.org/aes-et-risques/epidemiologie-du-risque-infectieux/).

Les formulaires sont à adresser sous pli confidentiel au : GERES

Dr Dominique ABITEBOUL
UFR de Médecine Bichat
16, rue Henri Huchard
75018 PARIS

que chez 4 d'entre eux, qui ont poursuivi leur traitement pendant au moins 15 jours avec une observance semble-t-il correcte (3 monothérapies par AZT en 1990, 1994 et 1996 et une trithérapie en 1997).

Contaminations professionnelles VHC

Depuis la mise en place de cette surveillance, et jusqu'au 31 décembre 2018, ont été recensées 73 contaminations professionnelles VHC chez le personnel de santé (figure 2).

Il s'agit essentiellement de piqûres avec des aiguilles intra-veineuses, mais parfois aussi avec des aiguilles creuses ne contenant *a priori* pas de sang (9 sous-cutanées, 2 intra-musculaires) ou avec des aiguilles pleines (2 cas, suture et lancette). Il faut noter que 3

Figure 1 : Contaminations professionnelles par le virus de l'immunodéficience humaine chez le personnel de santé selon l'année de l'accident exposant au sang (AES) (au 31/12/18)

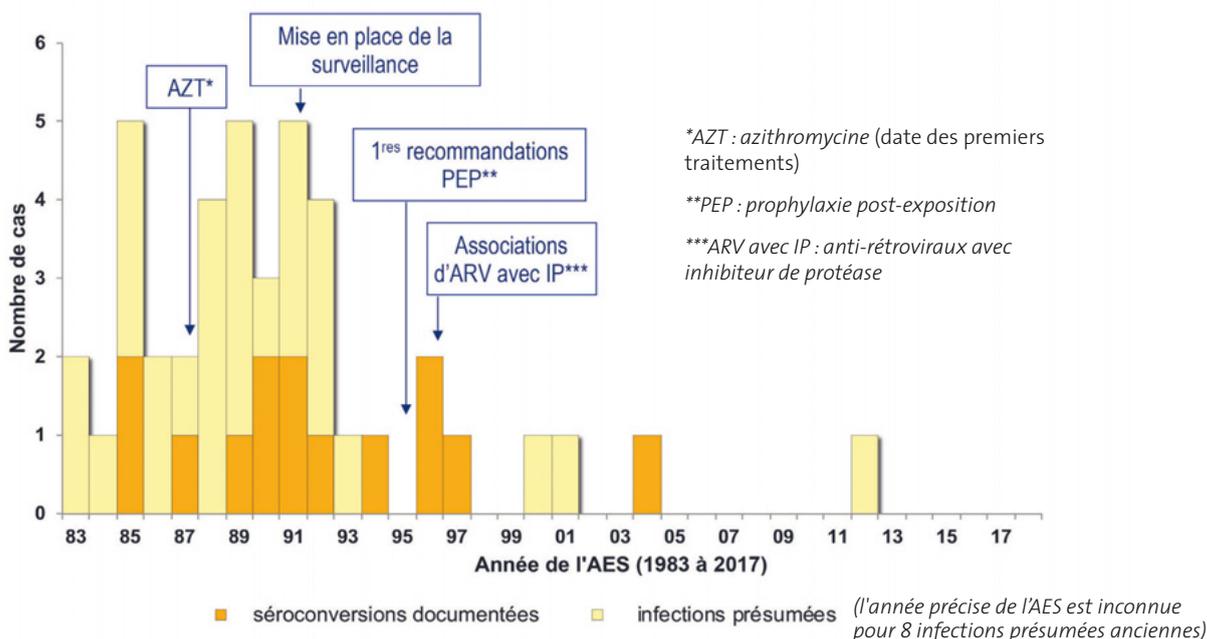
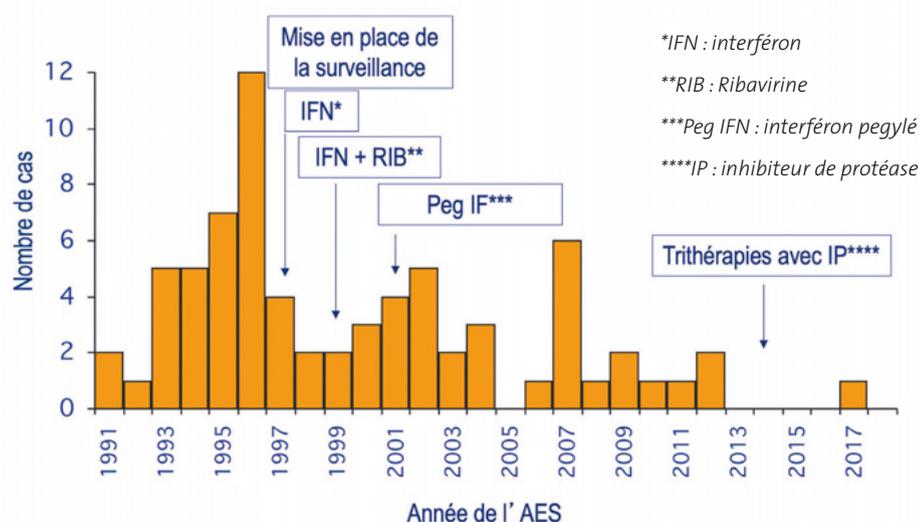


Figure 2 : Contaminations professionnelles par le virus de l'hépatite C documentées chez le personnel de santé selon l'année de l'accident exposant au sang (AES) (au 31/12/18)



séroconversions sont survenues après coupure et 2 suite à un contact sanguin sur peau lésée. La moitié était évitable par le respect des précautions standard. Le dernier cas recensé en 2017 concerne un chirurgien chez qui une contamination professionnelle a été évoquée devant une hépatite C aiguë. Un AES causal a été recherché : un AES survenu plusieurs mois auparavant a été retrouvé mais le patient source était négatif pour le VHC. Cet AES n'est donc pas en cause. Néanmoins, à cette occasion, une sérologie Jo a été réalisée chez le chirurgien montrant une séronégativité VHC. Ce chirurgien a opéré 100 patients entre cette dernière sérologie VHC négative et le diagnostic de son hépatite clinique. Ils ont tous été reconvoqués. Une seule patiente s'est révélée VHC+ avec une charge virale élevée : son infection VHC était connue depuis 1998 mais n'avait jamais été ni explorée ni traitée. Le chirurgien l'avait opérée d'une prothèse de hanche quelques semaines avant l'apparition de l'hépatite aiguë. Il ne se souvenait pas d'un AES précis lors de l'intervention mais celle-ci fut longue, hémorragique, avec fracture du trochanter nécessitant une ostéosynthèse, ce qui rend les piqûres hautement probables et les projections abondantes. La responsabilité de cette patiente dans la contamination a été affirmée par génotypage et séquençage des virus permettant d'en assurer l'identité.

Contaminations professionnelles VHB

Aucune séroconversion VHB n'a été déclarée depuis 2005.

Discussion et 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. En particulier, la déclaration obligatoire des infections

VIH dès la découverte de la séropositivité VIH est une source d'information utile et complémentaire par rapport aux notifications de contamination professionnelle VIH faites par les médecins du travail.

La surveillance montre que le nombre de contaminations par le VIH ou le VHC a diminué au cours du temps, en particulier concernant le VIH, puisqu'aucun cas n'a été déclaré depuis 2004. Le faible nombre de contaminations pendant les années les plus récentes peut s'expliquer par la poursuite des efforts de prévention des AES, ayant permis une diminution de leur incidence.

D'autres facteurs jouent également un rôle important, comme les traitements antirétroviraux post-exposition au VIH dont l'efficacité a été démontrée et les progrès thérapeutiques accomplis en matière de prise en charge des patients infectés par le VIH ou le VHC qui permettent une chute voire une négativation de leur charge virale et donc une baisse de leur infectiosité.

L'absence de contamination VHB témoigne de l'efficacité de la vaccination, obligatoire chez les soignants.

Remerciements à tous les médecins qui participent à cette surveillance.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] FLORET N, ALI BRANDEMEYER O - Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français. Réseau AES-RAISIN. France. Résultats 2015. Santé Publique France, 2017 (<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/surveillance-des-accidents-avec-exposition-au-sang-dans-les-etablissements-de-sante-francais.-reseau-aes-raisin-france.-resultats-2015>).
- [2] LAMONTAGNE F, ABITEBOUL D, LOLOM I, PELLISSIER G ET AL. - Role of safety-engineered devices in preventing needlestick injuries in 32 French hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2007 ; 28 (1) : 18-23.