

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section maladies transmissibles, relatif à la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) aux patients par les professionnels de santé

17/06/2005

Séance du 17 juin 2005

Après avoir pris connaissance du rapport du groupe de travail sur la transmission du virus de l'immunodéficience humaine acquise aux patients par le personnel de santé lors de sa séance du 27 mai 2005,

Considérant que :

- lors d'un acte de soins, le risque de transmission du VIH au patient par un soignant est fonction de la prévalence de l'infection chez les soignants, de la probabilité d'accident d'exposition au sang (AES) avec re-contact (1/3 des AES en chirurgie), de la contagiosité de l'accident et de l'infectiosité du virus qui dépend en grande partie du niveau de la charge virale plasmatique chez le soignant ;
- il y a en France près de 75 000 soignants qui pratiquent des actes invasifs comportant un haut risque d'accident d'exposition au sang avec re-contact dont 22 000 chirurgiens ; l'étude pratiquée par le GERES en 1997 et réactualisée en 2000 (1) permettait d'estimer entre 37 et 370 le nombre de soignants porteurs du VIH pratiquant des gestes à haut risque d'AES avec re-contact ;
- selon les CDC, la probabilité qu'un chirurgien infecté par le VIH transmette le virus à un de ses patients serait située entre 0,12 % et 1,2 % au cours d'une année (2) (500 interventions par an) et entre 0,8 % et 8,1 % sur sept ans d'activité, mais que ces estimations ne prennent pas en compte le niveau de la charge virale plasmatique et l'impact éventuel des traitements antirétroviraux ;
- seulement quatre cas de transmission du VIH de soignant à patient ont été rapportés dont trois publiés dans la littérature française et étrangère, mais on ne connaît pas la totalité des cas de transmission du VIH de soignant à patient ;
- au total, le risque de transmission du VIH d'un soignant à un patient est très faible et le niveau de charge virale du soignant déterminant ;

Considérant d'autre part que :

- un soignant doit, en conscience, s'abstenir de faire courir un risque de contamination à son patient et donc prendre toutes les précautions pour l'éviter ;
- la réduction du risque de transmission de soignant à patient repose avant tout sur la prévention des AES au cours des soins invasifs, en particulier chirurgicaux, ainsi que sur leur prise en charge ;
- en pratique, on estime que le nombre déclaré d'AES au bloc opératoire est nettement sous-évalué en raison d'une sous-déclaration ;
- le bénéfice individuel d'une prise en charge pour les soignants infectés eux-mêmes est réel puisque près de 80 % (3) d'entre eux vont avoir une charge virale plasmatique indétectable sous ARV et pourront éventuellement reprendre une activité de soins trois à six mois après la première charge virale plasmatique indétectable ;
- pour les soignants pratiquant des gestes invasifs, l'obtention d'une charge virale sous antirétroviraux en dessous du seuil de détection est indispensable pour la poursuite de leur activité professionnelle,

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles, recommande :

1. Le strict respect des précautions universelles et un renforcement de l'application des précautions standard au bloc opératoire conformément à la [circulaire du 20 avril 1998](#).
2. Une amélioration de la prévention des AES au cours des soins invasifs et de leur prise en charge, notamment :
 - un effort particulier doit être réalisé pour réduire la sous-déclaration des AES ;
 - la conduite à tenir en cas d'AES doit faire l'objet d'un affichage systématique dans tous les blocs opératoires ;
 - la mise en oeuvre, dans le cadre de l'assurance qualité au bloc opératoire, des mesures de traçabilité (ordonnancement du programme opératoire, chronologie des événements, déclaration des AES...) doit permettre d'analyser les circonstances de l'AES et d'identifier un éventuel dysfonctionnement ;
 - la médecine du travail doit être fortement impliquée dans le contrôle post-exposition, crucial pour dépister une primo-infection et éviter des contaminations secondaires.
3. Un dépistage obligatoire qui apporterait une fausse sécurité n'est pas recommandé (4). Cependant, le dépistage volontaire du VIH chez les soignants est fortement recommandé, en particulier chez ceux qui ont dans leur pratique des gestes à risque d'AES et de re-contact : ce dépistage doit être régulièrement effectué, en particulier en cas de conduite à risque non professionnelle.

De la même façon, chez les étudiants engagés dans une filière de santé un dépistage systématique n'est pas recommandé. Comme c'est le cas pour les professionnels en exercice, le dépistage volontaire est recommandé pour les futurs soignants susceptibles de pratiquer des gestes à risque d'AES et de re-contact. Cela permettra d'éviter que ne s'engagent vers des spécialités où l'on pratique des manoeuvres à risque des étudiants porteurs du virus. Une aide à <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/avis-du-conseil-superieur-dhygiene-publique-de-france-section-maladies-transmissible-s-relatif-a-la-prevention-de-la-transmission-du-virus-de-limmunodeficiency-humaine-vih-aux-pat/>

l'orientation pourra être fournie par la commission ad hoc.

4. Les soignants infectés par le VIH doivent :

- particulièrement respecter les mesures visant à minimiser le risque d'exposition au sang ;
- suivre une formation spécifique et renforcée concernant le risque de transmission des virus par le sang ;
- limiter au maximum les actes invasifs qui exposent au risque de transfert de sang soignant/patient en particulier avec risque de re-contact.

5. Pour les soignants infectés par le VIH, il est recommandé un recours volontaire de passage devant une Commission nationale « ad hoc », dont le rôle serait de juger de la possibilité du soignant à continuer à exercer son activité professionnelle, en fonction de sa virémie et de son type d'exercice, tout en assurant la confidentialité et le caractère homogène des avis rendus.

6. Les mesures proposées par la Commission nationale « ad hoc » pourraient être modulées en distinguant parmi les soignants : ceux qui pratiquent des gestes non invasifs, ceux qui effectuent des actes invasifs ne comportant pas de procédures à risque, et ceux qui pratiquent des actes invasifs comportant des procédures à risque, avec un risque de transmission variable.

7. Pour les soignants infectés par le VIH :

- ils ne doivent pas être exclus systématiquement des soins sur le seul critère de leur séropositivité ;
- ils peuvent continuer à pratiquer des actes invasifs à la condition de présenter un état clinique satisfaisant ainsi qu'une charge virale indétectable depuis au moins trois mois ;
- durant cette phase intermédiaire, il est recommandé à ces soignants de ne pas pratiquer des actes invasifs ;
- les indications de débiter un traitement antirétroviral pourraient être plus précoces chez ces soignants que dans la population non soignante porteuse du VIH ; à la différence des autres patients, l'indication initiale des antirétroviraux (ARV) doit tenir compte essentiellement du niveau de leur charge virale plasmatique ;
- une information a priori des patients de la séropositivité du soignant ne doit pas être faite en raison du très faible risque de transmission du VIH existant (sur-risque non connu) et des effets délétères d'une telle information ;
- cependant, s'il existe un risque de contamination du patient lors d'une situation particulière, par exemple saignement important du praticien au cours d'une intervention, le patient doit en être informé le plus vite possible afin de bénéficier d'un suivi et éventuellement d'un traitement précoce antirétroviral comme toute personne ayant été victime d'un AES.

8. Si l'activité professionnelle s'en trouvait modifiée, le reclassement professionnel doit être largement favorisé quel que soit le mode d'exercice.

9. La communication de cet avis aux professionnels de santé et au public, dans la transparence, doit permettre le maintien de la confiance accordée par les patients aux soignants.

Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité, sans suppression ni ajout.

(1)Rapport GERES sur les AES et le risque de transmission des virus des hépatites B et C et de l'immunodéficience humaine de soignant à patient. Une revue réactualisée juin 2000. GERES. Faculté de médecine Xavier Bichat.

(2)Bell DM., Shapiro CN., Culver DH et al. Risk of hepatitis B and human immunodeficiency virus transmission to a patient from an infected surgeon due to percutaneous injury during an invasive procedure : Estimates based on a model. Infectious Agents and Disease 1992 ; 1 : 263-9.

(3)Delfraissy J.F. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2004. Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Médecine-sciences Flammarion.

(4)Conseil national du sida. Note valant avis sur le dépistage obligatoire des professionnels de santé comme moyen de prévention des risques de transmission virale de soignant à soigné. (Adoptée en séance plénière le 9 décembre 2004).

Source Bulletin Officiel n° 2006/4 du 15 mai 2006