https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgsdhdrt-n-81-du-25-septembre-1995-relative-aux-mesures-de-prevention-de-la-transmission-du-virus-de-limmunodeficience-humaine-chez-les-professionnels-de-sante-et-la-cond/
Note d'information DGS/DH/DRT n° 81 du 25 septembre 1995 relative aux mesures de prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les professionnels de santé et la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique
25/09/1995
Le premier cas de contamination professionnelle par le V.I.H. a été rapporté en 1984. Depuis cette date, 73 cas de séroconversion prouvée après accident professionnel ont été rapportés chez des professionnels de santé, dans les pays industrialisés.
En France, un recensement réalisé en décembre 1994 a permis de comptabiliser 9 séroconversions certaines.
Aux Etats-Unis, les C.D.C. reconnaissent actuellement 43 cas de personnels soignants ayant séroconverti après une exposition professionnelle.
25 autres cas ont été rapportés par des pays d'Europe, 5 dans le reste du monde.
Parmi ces 73 cas rapportés, la contamination s'est faite par piqûre ou blessure chez 66 professionnels de santé et par contact avec, soit du sang contaminé (62 cas), soit du liquide pleural sanglant (2 cas), soit du virus concentré (1 cas), soit un liquide dont la nature n'est pas connue (1 cas).
Chez 5 soignants, il s'agit d'une projection sur une muqueuse ou sur une peau lésée, soit avec du sang (4 cas), soit avec du virus concentré (1 cas).
Chez 1 soignant, il s'agit d'une exposition à la fois percutanée et mucocutanée à du sang. Enfin, chez 1 soignant, l'exposition exacte n'est pas connue.
Les études prospectives menées auprès du personnel soignant exposé à du sang infecté par le V.I.H. ont permis de chiffrer le risque de transmission à 0,36 p. 100 après une exposition percutanée. Un seul cas de séroconversion après projection sur les muqueuses ou sur la peau lésée a été observé dans ces études de cohorte, et le risque serait environ de 0,05 p. 100.
Le risque de transmission est directement lié à la profondeur de la blessure, au volume de sang inoculé, ainsi qu'à la quantité de virus circulant chez le sujet infecté.
Il est rappelé qu'une exposition professionnelle est définie par un contact accidentel avec du sang contaminé par le V.I.H., lors d'une piqûre avec une aiguille, d'une coupure avec un objet tranchant ou par un contact avec du sang contaminé sur une blessure ouverte, une peau non intacte ou une muqueuse. Le V.I.H. a également été retrouvé dans le sperme, les sécrétions vaginales, le lait, les liquides amniotique, péricardique, péritonéal, pleural, synovial ou céphalorachidien, mais aucun cas de séroconversion après exposition à de tels produits n'a jamais été rapporté, sauf en cas d'aspect sanglant.
L'exposition à la salive, aux larmes, aux urines, aux fèces, aux sécrétions nasales, à la sueur, aux crachats ne constitue par un risque pour les soignants, sauf si ces liquides biologiques contiennent de façon visible du sang.
Cette note est le résultat d'une consultation faite auprès du conseil supérieur d'hygiène les 16 septembre et 18 novembre 1993 et d'un avis rendu le 28 octobre 1994 par le groupe de travail 'Médicaments et sida' de l'Agence du médicament approuvé par la commission d'A.M.M. le 18 novembre 1994.
Elle est l'occasion de rapporter la conduite à tenir en cas d'exposition accidentelle à du sang. Elle prévoit aussi que la zidovudine soit disponible dans tous les services d'urgence ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre et puisse être prescrite en urgence en cas d'exposition majeure à du sang V.I.H. + chez un soignant, quel que soit son lieu d'exercice.
I. - RAPPEL DES MESURES GENERALES DE PREVENTION
Les précautions universelles à respecter lors de la manipulation de sang et de liquides biologiques sont fondées sur le principe selon lequel tout sang ou liquide biologique est potentiellement infectieux (contaminé par le V.I.H. ou par d'autres agents pathogènes transmissibles par voie sanguine connus ou encore inconnus).
Les précautions universelles consistent notamment à se laver les mains, à manipuler avec soin les objets tranchants et piquants, et à les jeter immédiatement après usage dans un conteneur spécialement conçu à cette fin, à ne pas recapuchonner les aiguilles, à désinfecter ou stériliser convenablement les instruments ou à les jeter après utilisation, selon le cas, et à porter un équipement de protection personnel adapté aux diverses situations (gants, masque, blouse, tablier, lunettes).
Il est du rôle de l'employeur d'assurer la formation des personnels en matière d'hygiène hospitalière, de précautions à prendre pour éviter l'exposition au risque de contamination par des agents infectieux et de procédures à suivre en cas d'accident. Son rôle est aussi de fournir des moyens de protection individuelle et de mettre à disposition des matériels de sécurité.
II. - CONDUITE A TENIR CHEZ UN SOIGNANT EN CAS D'ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG OU A UN AUTRE LIQUIDE BIOLOGIQUE
1. Nettoyage de la plaie
Après piqûre ou blessure cutanée, nettoyer immédiatement la plaie à l'eau courante et au savon, rincer, puis réaliser l'antisepsie à l'alcool à 70° ou à l'eau de Javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10, en assurant un temps de contact d'au moins cinq minutes.
En cas de projection sur les muqueuses, en particulier au niveau de la conjonctive, rincer abondamment, de préférence au sérum physiologique ou sinon à l'eau.
2. Evaluation des risques infectieux
L'évaluation des risques infectieux doit être faite de façon immédiate par un médecin. Les personnes les mieux placées pour fournir un conseil médical spécialisé sur l'évaluation des risques infectieux sont soit le médecin du travail, soit le conseiller médical, médecin volontaire formé, servant de référent dans l'établissement, appartenant habituellement à un service ayant l'habitude de prendre en charge des patients séropositifs. Néanmoins, ces personnes ne pouvant être présentes à tout moment, c'est le médecin responsable des urgences qui, en leur absence, évaluera les risques liés à l'accident.
L'évaluation des risques infectieux repose sur deux éléments.
2 a. La sévérité de l'exposition liée notamment à la profondeur de la blessure et au type d'aiguille en cause
Plus la blessure est profonde, plus le risque de contamination est élevé.
Les piqûres par aiguille creuse contenant du sang, telles les aiguilles de prélèvement veineux ou artériel, sont les plus à risque de contamination.
A l'inverse, les piqûres avec des aiguilles sous-cutanées ou intramusculaires ne contenant pas de sang et les piqûres à travers des gants avec des aiguilles pleines, comme les aiguilles à suture, présentent un risque moindre de contamination par le V.I.H.
2 b. La nature et le caractère infectant du liquide biologique responsable
Le sang constitue la source potentielle la plus importante de V.I.H. Les autres liquides biologiques, à moins qu'ils ne contiennent de façon visible du sang, présentent moins de risque.
Il est nécessaire de s'informer du statut sérologique du malade dont le sang a pu être contaminant (sérologies V.I.H. et autres) et de son statut clinique (asymptomatique, symptomatique non-sida, sida). Plus le malade est à un stade évolué de l'infection à V.I.H., plus le risque de contamination est grand.
Si le statut sérologique du malade source n'est pas connu, une sérologie V.I.H. peut être réalisée, après accord de celui-ci. Si celle-ci est positive, le malade source est sans doute encore asymptomatique et la charge virale, en conséquence, peu importante (sauf dans l'éventualité d'une séroconversion en cours). Le risque de contamination peut alors être considéré comme faible.
Si l'évaluation des risques infectieux a identifié un risque de contamination ou si ce risque est impossible à déterminer (en cas de refus de la sérologie V.I.H. par le malade source, par exemple), un suivi sérologique et clinique s'impose chez le soignant.
3. Prophylaxie par la zidovudine (A.Z.T.)
3 a. Données expérimentales
Les études animales suggèrent que la zidovudine peut être efficace pour empêcher la réplication des rétrovirus chez les animaux inoculés avec le virus (souris, chats).
Le bénéfice est plus évident quand le traitement est administré avant l'exposition. Son efficacité diminue quand le traitement est retardé.
Chez des singes, les études sur l'efficacité de la zidovudine, donnée quelques heures avant l'inoculation d'une petite quantité de virus (comparable à la quantité transmise lors de piqûres), ont donné des résultats discordants.
Chez l'homme, neuf cas d'échec d'une prophylaxie par la zidovudine après exposition professionnelle au V.I.H. ont été publiées au niveau international, ce qui ne prouve pas pour autant son inefficacité. Seul un essai, qui n'a jamais pu être conduit, permettrait de mettre en évidence l'efficacité (ou l'inefficacité) d'une telle prophylaxie après exposition au V.I.H.
Aux Etats-Unis, une étude cas-témoin est en cours pour tenter d'évaluer les facteurs de risque de séroconversion par le V.I.H. Il ressort des premiers résultats préliminaires que la non-prise de zidovudine serait un facteur de risque de contamination. Néanmoins, ces résultats demandent à être confirmés.
La prophylaxie par la zidovudine peut être envisagée en cas d'exposition majeure à du sang dont on a la preuve immédiate qu'il est V.I.H. + (si le statut du malade source n'est pas connu, la prescription de zidovudine n'est pas justifiée).
La prescription de zidovudine dans cette indication engage la responsabilité du prescripteur, puisque non validée par l'A.M.M.
La prescription doit être faite uniquement par le conseiller médical ou, en son absence, par le médecin responsable des urgences.
Le soignant exposé doit être informé des incertitudes quant à l'efficacité du traitement et des effets secondaires ; il lui appartient d'accepter ou de refuser cette prophylaxie.
3 b. Modalités d'utilisation
En l'absence du conseiller médical, tout médecin responsable du service des urgences hospitalier ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre doit pouvoir être en mesure de prescrire de la zidovudine, dans les quatre premières heures après l'accident et si possible dans la première heure, pour les quarante-huit premières heures, à tout soignant victime d'une exposition au V.I.H., que le soignant appartienne à l'établissement de soins ou à un établissement voisin public ou privé qui n'a pas de service des urgences, ou qu'il exerce en libéral.
La prescription pourra être éventuellement faite chez toute personne n'appartenant pas au milieu médical et venant se présenter aux urgences suite à une exposition majeure à du sang infecté.
Le médecin des urgences a la possibilité de joindre par téléphone un médecin du C.I.S.I.H. le plus proche, s'il s'interroge sur la nécessité de commencer une prophylaxie.
Les doses et la durée du traitement n'ont fait l'objet d'aucune évaluation clinique. Les doses habituellement prescrites sont de deux gélules à 250 mg immédiatement, puis de 1 g par jour réparti en cinq prises de 200 mg toutes les quatre heures, en supprimant la prise nocturne, pendant une durée de quatre à six semaines. Dans le cas d'un désir de grossesse, il est important de rappeler qu'aucune donnée n'est disponible à ce jour sur l'innocuité pour le foetus de l'administration de zidovudine pendant les premiers mois de la grossesse. De ce fait, une contraception efficace chez la femme s'impose en cas de mise sous traitement.
Il importe que le prescripteur renseigne clairement le soignant sur la possibilité qu'a ce dernier de transmettre le V.I.H. avant la séroconversion et indique donc les comportements à adopter pour éviter les risques de transmission (sexuelle, lors d'un don de sang) pendant les six mois du suivi, jusqu'à ce que l'on sache s'il est ou non contaminé par le V.I.H.
Le médecin prescripteur, dans le cas où il n'est pas lui-même conseiller médical, doit obligatoirement adresser l'agent vers un conseiller médical dans les quarante-huit heures (cf. 3 c). Celui-ci jugera de l'opportunité de poursuivre ou non le traitement pendant quatre à six semaines.
3 c. Conseillers médicaux
Dans chaque établissement de soins, une liste de médecins volontaires, formés au conseil médical après exposition sanguine accidentelle, sera établie et incluse dans les trousses (cf. 3 d).
3 d. Réalisation des trousses
Chaque service des urgences doit posséder au moins un kit de prophylaxie par la zidovudine, contenant une dose de zidovudine pour les quarante-huit premières heures, une conduite à tenir par le médecin prescripteur et une liste des conseillers médicaux (cf. annexes I et II).
Ces kits sont réalisés par les pharmaciens hospitaliers, qui devront détenir à cet effet un stock de comprimés de zidovudine.
3 e. Retour d'informations
L'utilisation de la zidovudine dans cette indication nécessite un recueil précis d'informations.
Dans ce but, dès qu'un traitement prophylactique par la zidovudine est prescrit, un questionnaire anonyme doit être rempli par le médecin du travail ayant la responsabilité médicale de l'agent ou par le médecin chargé de son suivi sérologique et clinique, qui coordonnera le recueil des données à la fin du traitement prophylactique et adressera au Réseau national de santé publique (R.N.S.P.) le questionnaire dûment complété (cf. annexe III).
Ce retour d'informations viendra compléter la surveillance nationale des cas de séroconversion professionnelle déjà mise en place.
4. Déclaration de l'accident
L'accident doit être obligatoirement déclaré dans les vingt-quatre heures comme accident du travail, selon les modalités en vigueur dans l'établissement d'appartenance du soignant et en fonction de son statut. Cette déclaration doit être établie de manière à protéger la confidentialité des données concernant l'identité du patient à l'origine de l'éventuelle contamination.
L'accident doit par ailleurs être notifié au service de médecine du travail.
5. Suivi sérologique et clinique
Le suivi est réalisé par un médecin du choix du soignant.
Dans les établissements hospitaliers, le médecin du travail est souvent l'interlocuteur privilégié, dans le respect du secret médical, pour conseiller l'agent et assurer la surveillance sérologique et clinique, quand elle est nécessaire. Son rôle est également essentiel dans l'analyse des causes d'accidents du travail et dans la mise en place de mesures de prévention.
Une sérologie V.I.H. doit être pratiquée chez le soignant avant le huitième jour qui a suivi l'accident. Si la sérologie V.I.H. se révèle négative, un suivi sérologique sera réalisé au troisième mois et avant la fin du sixième mois après l'accident, la durée du suivi après l'exposition accidentelle ayant été ramenée à six mois au lieu de un an (1).
(1) Décret du 18 janvier 1993 portant modification du barème indicatif d'invalidité en matière d'accident du travail et arrêté du 18 janvier 1993 fixant les modalités de suivi sérologique des personnes victimes d'accidents du travail entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine.
Décret du 9 mars 1993 portant modification du barème indicatif devant servir à la détermination du pourcentage de l'invalidité résultant de l'exercice des fonctions pour les fonctionnaires civils et arrêté du 21 janvier 1994 fixant les modalités de suivi sérologique des fonctionnaires civils victimes d'accidents de service entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine.
Il est important que les tests soient réalisés dans ces délais pour que le soignant puisse prétendre à une réparation au titre des accidents du travail, en cas de séroconversion.
Il faut conseiller à l'agent de signaler au médecin qui le suivra toute infection et tout symptôme survenant dans les six mois qui suivent l'exposition et pouvant être en rapport avec une primo-infection par le V.I.H. (fièvre, asthénie, nausées, pharyngite, éruption cutanée, malaise, myalgie et arthralgie).
La vérification de l'immunité vis-à-vis de l'hépatite B et un suivi de l'hépatite C devront, par ailleurs, être éventuellement réalisés en fonction du risque.
Pour toute information supplémentaire, vous pouvez contacter la division sida de la direction générale de la santé, la mission sida de la direction des hôpitaux ou le réseau national de santé publique. Vous pouvez également contacter l'inspection médicale du travail et de la main-d'oeuvre au ministère du travail, du dialogue social et de la participation.
Référence : circulaire DGS/DH n° 23 du 3 août 1989 relative à la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les personnels de santé.
ANNEXES
ANNEXE I
CONDUITE A TENIR PAR LE MEDECIN RESPONSABLE DES URGENCES EN L'ABSENCE DU CONSEILLER MEDICAL EN CAS D'ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG
1. Nettoyer la plaie
Pour toute piqûre ou blessure cutanée, nettoyer immédiatement la plaie à l'eau courante et au savon, rincer, puis réaliser une antisepsie à l'alcool à 70° ou à l'eau de javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10, en assurant un temps de contact d'au moins cinq minutes.
En cas de projection sur les muqueuses, en particulier au niveau de la conjonctive, rincer abondamment, de préférence au sérum physiologique ou sinon à l'eau.
2. Evaluer les risques infectieux (V.I.H.) en fonction
2 a. De la profondeur de la blessure et du type d'aiguille en cause
Plus la blessure est profonde, plus le risque de contamination est élevé.
Les piqûres par aiguille creuse contenant du sang, telles les aiguilles de prélèvement veineux ou artériel, sont les plus à risque de contamination.
A l'inverse, les piqûres avec des aiguilles sous-cutanées ou intramusculaires ne contenant pas de sang et les piqûres à travers des gants avec des aiguilles pleines, comme les aiguilles à suture, présentent un moindre risque de transmission par le V.I.H.
2 b. Du caractère infectant du sang en cause
Il est nécessaire de s'informer du statut sérologique du malade dont le sang a pu être contaminant (sérologies V.I.H. et autres) et de son statut clinique (asymptomatique, symptomatique non sida, sida). Plus le malade est à un stade évolué de l'infection à V.I.H., plus le risque de contamination est grand.
Si le statut sérologique du malade source n'est pas connu, une sérologie V.I.H. peut être réalisée, après accord de celui-ci. Si celle-ci est positive, le malade source est sans doute encore asymptomatique et la charge virale en conséquence peu importante (sauf dans l'éventualité d'une séroconversion en cours). Le risque de contamination peut alors être considéré comme faible.
3. Proposer éventuellement une prophylaxie par l'A.Z.T.
Si l'évaluation des risques infectieux évoque un risque de contamination important : en cas d'exposition majeure à du sang dont on a la preuve immédiate qu'il est V.I.H. + (essentiellement lors d'une piqûre profonde avec une aiguille creuse). Si le statut du malade source n'est pas connu, la prescription de zidovudine n'est pas justifiée.
Si l'intéressé est d'accord, après l'avoir correctement informé des incertitudes quant à l'efficacité du traitement et des effets secondaires.
En l'absence de grossesse (sous contraception efficace).
Un médecin du C.I.S.I.H. le plus proche peut être joint par téléphone pour avis sur l'intérêt de débuter une prophylaxie.
Les doses habituellement prescrites sont les suivantes : 2 gélules d'A.Z.T. à 250 mg immédiatement (dans les quatre heures qui suivent l'accident et si possible dans la première heure) puis démarrage six heures plus tard du traitement à raison de 1 gr par jour réparti en 5 prises de 200 mg toutes les quatre heures en supprimant la dose nocturne.
Orienter le soignant dans les quarante-huit heures vers un des conseillers médicaux de la liste incluse dans le kit, qui jugera de l'opportunité de poursuivre ou non le traitement pendant quatre à six semaines.
A savoir :
- le risque de transmission du V.I.H. à la suite d'une exposition percutanée à du sang infecté est faible (0,3 p. 100) mais non nul. En cas de contact avec une muqueuse ou une peau lésée, le risque serait de 0,05 p. 100 ;
- les études animales suggèrent que la zidovudine pourrait être efficace pour empêcher la réplication virale du V.I.H. chez les animaux inoculés avec le virus. Les données scientifiques ont montré qu'une des conditions essentielles d'efficacité du traitement est la réciprocité de la prise, dans l'heure ou les heures qui suivent l'exposition au risque ;
- chez l'homme au moins dix cas d'échec d'une prophylaxie par le zidovudine après exposition professionnelle au V.I.H. ont été publiés au niveau international, ce qui ne prouve pas pour autant son inefficacité. Seul un essai randomisé, qui n'a jamais pu être conduit, permettrait de mettre en évidence l'efficacité (ou l'inefficacité) d'une telle prophylaxie après exposition au V.I.H.
4. Déclarer l'accident
L'accident doit être obligatoirement déclaré comme accident de travail dans les vingt-quatre heures, selon les modalités en vigueur dans les établissements d'appartenance du soigant et en fonction de son statut.
L'accident doit être par ailleurs notifié au service de médecine du travail.
5. Prévoir le suivi sérologique et clinique du soignant
Orienter le soignant vers un médecin (médecin du travail) pour un suivi sérologique et clinique, si un risque de contamination a été identifié ou si ce risque est impossible à déterminer (en cas de refus de la sérologie V.I.H. par le malade par exemple).
Une sérologie V.I.H. doit être réalisée avant le 8e jour qui suit l'accident, puis au 3e mois et avant la fin du 6e mois.
La vérification de l'immunité vis-à-vis de l'hépatite B et un suivi de l'hépatite C devront par ailleurs être éventuellement réalisés en fonction du risque.
CONDUITE A TENIR PAR LE MEDECIN RESPONSABLE DES URGENCES EN L'ABSENCE DU CONSEILLER MEDICAL EN CAS D'ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG
(cf. document original)
ANNEXE II
LISTE DES MEDECINS SUSCEPTIBLES DE DONNER UN CONSEIL MEDICAL SPECIALISE SUR UNE PROPHYLAXIE PAR L'A.Z.T. APRES ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG
(à remplir par chaque établissement de soins)
Direction générale de la santé, Direction des hôpitaux, Direction des relations du travail.
Le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie ; le ministre du travail, du dialogue social et de la participation à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales ; directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales ; directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements publics de santé, des établissements médico-sociaux et des établissements privés participant au service public hospitalier.
Texte non paru au Journal officiel.