

# Les Accidents d'exposition au sang infecté par les virus VIH, VHB, VHC

Docteur Isabelle Ravaux

Praticien hospitalier  
Référent accidents d'exposition au sang  
CISIH de Marseille  
COORDINATEUR groupe GRAVH

Service maladies infectieuses  
CHU La Conception  
Marseille

# *Accidents d'Exposition Aux Virus*

- VIH, VHC, VHB
- Personnes en contact avec sujets infectés
- Liquides biologiques potentiellement infectants : SANG, sécrétions génitales, liquide amniotique, tissus, liquide des séreuses (LCR, péricardique, péritonéal, synovial)

# *RAPPELS VIRUS - VIH*

- Diagnostic sérologique
- Séroconversion = 2.5 mois [4-12 semaines]
- Présent : sang, sécrétions génitales, séreuses
- Détruit par : chaleur, Javel, alcool et désinfectants
- Survit quelques heures sur surface sèche avec  $\searrow$  99% titre virus infectieux

# *RAPPELS VIRUS - VHB*

- Diagnostic sérologique Ag HBs
- Séroconversion : 4 mois [6-24 semaines]
- Sang, séreuses, salive, sécrétions génitales
- Résistance : au moins 7 jours sur surface sèche
- Détruit par : chaleur, Javel et aldéhydes

# ***RAPPELS VIRUS - VHC***

- Diagnostic sérologique
- Séroconversion : 1.5 m [2-24 semaines]
- SANG
- Détruit rapidement en quelques heures à T° ambiante même en solution aqueuse
- Détruit par : Javel, alcool et la plupart des désinfectants

# Évaluation du Risque (I)

- VIH : 0.3% par piqûre et 0.09% par projection muqueuse
- VHC : 1.8 % par piqûre
- VHB : 30% si Ag HBe +, 6% si Ag HBe -

## *Évaluation du risque (II)*

- Rapport anal passif : 0.5 et 3%
- Rapport anal actif : 0.01 et 0.18 %
- Rapport vaginal : 0.1% ( femme : 0.09%, homme : 0.15%)
- Fellation : 0.04%

# Facteurs de Risque (I)

Facteurs de risque	Odd Ratio
piqûre profonde	X 16.1
sang sur le matériel	X 5.2
aiguille dans un vaisseau	X 5.1
stade terminal (décès par sida dans les 60 jours suivants)	X 6.4

## *Facteurs de risque (II)*

- Charge virale élevée : stade avancé ou primo-infection (pic 3<sup>e</sup> semaine)
- CD4 bas
- Existence de lésions génitales chez les deux partenaires
- Ectopie du col utérin
- Saignement au cours du rapport

# *Quelques chiffres*

- En France, au 30/06/2001,  
42 séroconversions professionnelles
  - 13 documentées
  - 29 probables
  - PAS DE SEROCONVERSION DEPUIS 1997

# *Recommandations officielles*

- 3 circulaires publiées dans le B.E.H.
- 1996 : Recommandations pour la chimioprophylaxie en cas d'accident exposant au VIH
- 1998 : Recommandations pour la mise en place d'un dispositif de santé pour les personnes exposées quelque soit la nature de l'exposition
- 1998 : Obligation pour chaque établissement de soins de disposer d'une organisation interne qui permet d'agir le plus rapidement possible.

# *Chimioprophylaxie VIH*

- Étude rétrospective : AZT  $\Rightarrow$  80% de réduction séroconversion
- Réduction transmission materno-fœtale par AZT
- Existence d'une réponse immunitaire cellulaire précoce
- Hypothèse physiopathologique :  
VIH  $\rightarrow$  CD4  $\rightarrow$  + cellules dendritiques  $\rightarrow$   
Ganglions  $\rightarrow$  Lymphocytes T

# *Chimioprophylaxie VIH*

- But : empêcher la diffusion en maintenant la quantité de virus en dessous du seuil permettant l'infection
- Trithérapie : 3 classes : INRT, INNRT, IP
- Avenir : Tenofovir, T20, prophylaxie plus courte ?

# *Prophylaxie VHB*

- Vaccination
- Absence de vaccin ou Ac HBs < 10 :  
Sérovaccination : 1 dose de vaccin + 500 UI d'Ig  
G anti HBs dans les 48 heures

# *Prophylaxie VHC*

- AUCUNE
- Suivi sérologique, ALAT et PCR-VHC

# *Infections professionnelles par le VIH*

En France: **48 cas d'infection VIH professionnelle** chez le personnel de santé ont été recensés depuis le début de l'épidémie:1983

- **14 séroconversions documentées**
  - **34 infections présumées**
- Répartition géographique: Ile de France 25 cas / 23 autres répartis sur l'ensemble du territoire.
- Fonction: IDE dans 12 cas des 14 cas documentés et 38% des infections présumées .
- Service: maladies infectieuses (7), réa (6), urgences (5), bloc opératoire (5).
- **4 CAS d'échec des antiviraux dont 1 en trithérapie en1997**

– La dernière séroconversion survenue en 2004 chez un secouriste dans les suites d'une projection massive de sang sur le visage et dans les yeux lors de la prise en charge d'un patient VIH+ (la comparaison des souches virales n'a pour l'instant pas été réalisée).  
Un rinçage rapide a été effectué sur les lieux de l'accident, un lavage plus complet plusieurs heures plus tard. La personne n'a pas consulté et n'a pas été traitée par ARV

*en comparaison*

## **Séroconversions professionnelles VHC**

Depuis la mise en place de cette surveillance 1991 et jusqu'au 31 décembre 2005, ont été recensées 55 séroconversions professionnelles VHC 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 . Compte-tenu des délais de déclaration, d'autres contaminations peuvent encore être déclarées sur les années les plus récentes et notamment pour l'année 2005.

# ***RAISIN Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales***

- Sous l'égide du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin) et avec le Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (Geres), les méthodes de surveillance des accidents exposant au sang (AES) font l'objet d'un consensus et d'un réseau national depuis 2002.

## ***RAISIN Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales***

- En 2005, 13 949 accidents d'exposition au sang étaient recensés dans 385 établissements. La couverture nationale du réseau peut être estimée à 13 % des établissements de santé et 34 % des lits soit une légère progression par rapport à 2004 qui confirme l'assise large de ce réseau. L'incidence des AES trouvée pour 100 lits d'hospitalisation est de 8,8. Sur la base des 461 774 lits d'hospitalisation recensés en France (données SAE 2004) cela permet d'estimer à 40 620 (IC95 % : 40 243 – 40 998) le nombre d'AES qui auraient été déclarés en 2005 aux médecins du travail des établissements de santé Français.

- Comme en 2004, les **aiguilles à suture** arrivent en première position des AES liés à des aiguilles, avant les sous cutanés, avec 1 080 AES et 10 % de l'ensemble des accidents qui concerne les secteurs de chirurgie, d'obstétrique mais aussi de réanimation et d'urgence.
- Il paraît donc toujours nécessaire de favoriser la sécurisation de ce geste et de promouvoir l'usage d'aiguille à bout mousse. Une comparaison portant sur les 258 établissements ayant participé à la surveillance en 2004 et 2005 permet déjà de visualiser certains progrès significatifs.
- L'observance du port du gant chez les victimes et la proximité du conteneur de sécurité sont passées respectivement de 62,5 à 64,3 % et de 67,3 à 69,8 % entre 2004 et 2005.
- L'incidence des AES pour 100 lits dans ces établissements est restée stable à savoir 8,1 en 2005 contre 8,3 en 2004 et on a enregistré une augmentation significative des AES liés aux systèmes de prélèvements sous vide passant de 5,1 pour 100 000 dispositifs en 2004 à 6,8 en 2005.

- La mise en commun des données 2005 de surveillance des AES confirme la forte implantation de ce réseau en France et témoigne de l'implication des Médecins du travail dans la prévention de ce risque. Les données RAISIN permettent d'objectiver la poursuite de l'amélioration de l'observance des précautions standards sans baisse significative associée des AES cette année. La poursuite de l'implantation des dispositifs de sécurité doit permettre une baisse du risque dans les années à venir et le dispositif national de surveillance est à même de pouvoir l'objectiver.

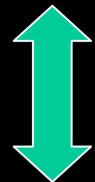
# CIRCUIT DE SURVEILLANCE DE LA CHIMIOPROPHYLAXIE POST AEV

□ ACCIDENT <sub>J0</sub> Soins locaux  
TROUSSE d'urgence d'ARV



**MEDECIN SENIOR**

· CONSTATATIONS INITIALES DANS LES 24 H



MEDECIN REFERENT : réévaluation, suivi du traitement:

J3 , J15, J30

puis des sérologies VIH , VHC, VHB:

M 1 , M 4 , M 7 , (M 12)

en collaboration avec les **MEDECINS DU TRAVAIL**

Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en oeuvre 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 oeuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques. BEH 2000;2:5-9.

[3] Arrêté du 1er août 2007 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

## Arrêtent :

**Art. 1er.** – Le suivi sérologique des personnes victimes d'un accident du travail entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine comporte, outre le test prévu par le chapitre 16 du barème d'invalidité en matière d'accidents du travail susvisé, deux tests de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine, pratiqués **soit aux premier et troisième mois à compter de la date de l'accident lorsque la personne n'est pas mise sous un traitement prophylactique, soit aux deuxième et quatrième mois à compter de cette date si elle bénéficie d'un traitement.**

Dans le cadre de ce suivi, les résultats des tests sont communiqués par ces personnes, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'organisme de sécurité sociale auquel elles sont affiliées.

**Art. 2.** – L'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 est abrogé.

**Art. 3.** – Le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 1er août 2007. *Le ministre du travail, des relations sociales*

# □ Épidémie: VIH, VHC, VHB en région PACA

## □ Les exposés:

1 / public:

- # accident : - sexuel
  - autres (blessures)
- usagés de drogues (échange de seringues)

2 / professionnel:

- # santé : - soignants
- # autres : - policiers
  - cheminots
  - éboueurs .....

## **Les informations:**

- Presse, médias, SIDA: info service & soignants ,  
associations.

- Recommandations ministérielles

- CIDAG, dispensaires...

## **Les troussees d'urgences:**

Pour le public:

- Urgences des hôpitaux
- Services référents

Pour les professionnels de santé:

- Urgences
- Service référent
- Établissements possédant une trousse  
d'urgence

# Évolution des recommandations du ministère de la santé de la conduite à tenir en cas d'exposition à un virus:

du professionnel à tout public.

## # Bases scientifiques:

- 1 / Efficacité des traitements chez les malades du VIH,
- 2 / Prophylaxie verticale avec l'AZT chez l'enfant,
- 3 / Études rétrospectives.
- 4/ Modèles animaux (singes).

# Pour:

« Répondre à une demande avec des règles de conduites. Pour éviter les dérives »

- Le traitement des accidentés est devenu un traitement de prophylaxies.

Respecter le temps:

A partir de quand la prophylaxie ne sert plus à rien ?

> Modèles animaux:

# 2 h atteint les cellules  
# 2 jours virémie

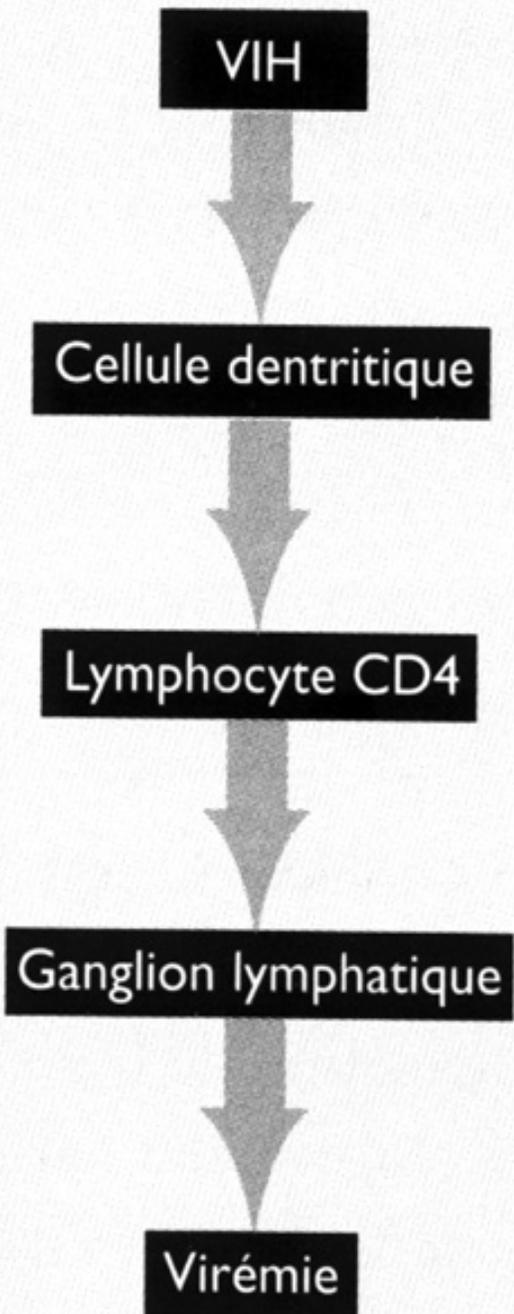
exposition infectante

transfert et présentation

intégration génome proviral transfert au relais ganglionnaire

multiplication virale

dissémination générale

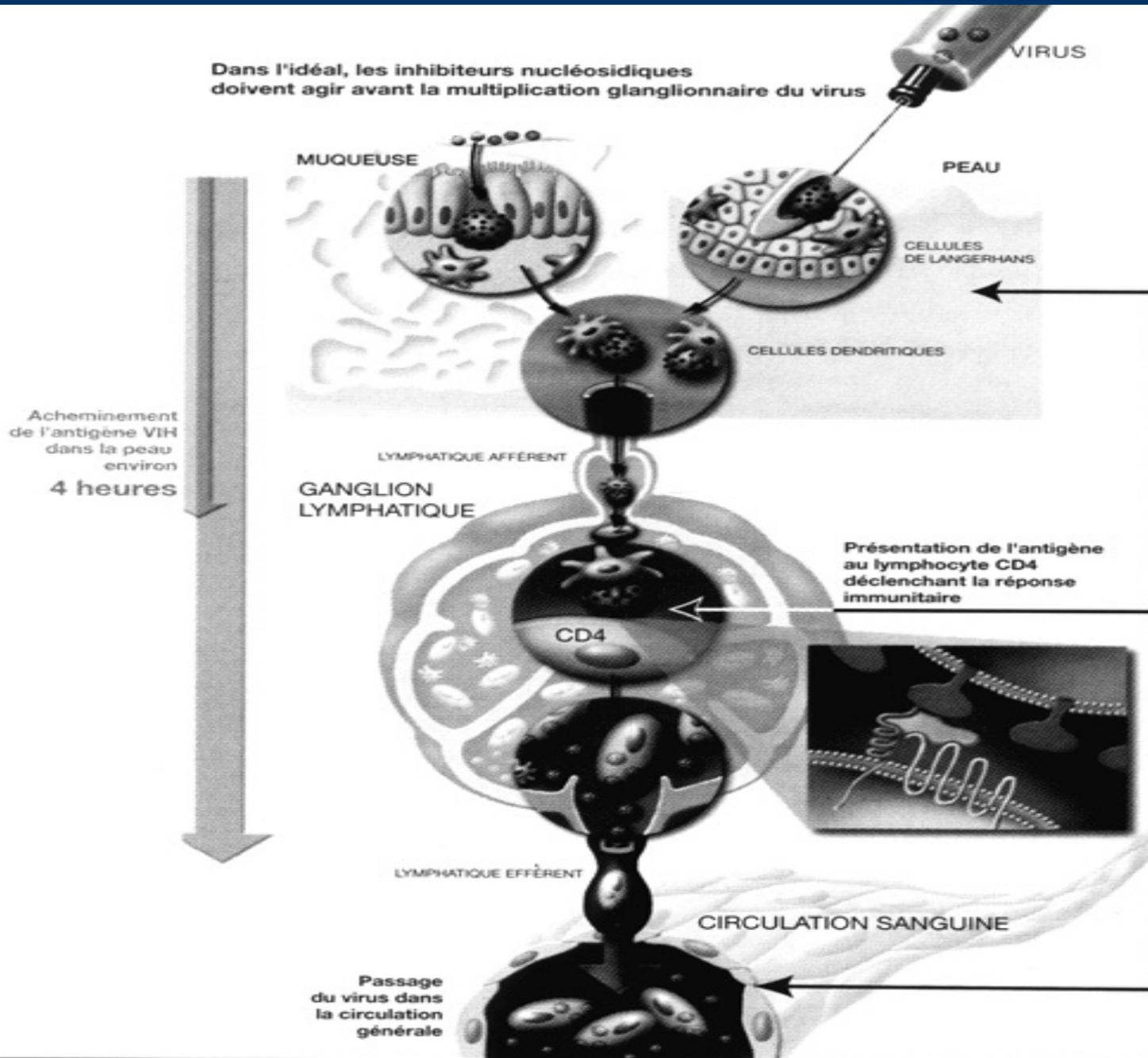


4 heures

2 jours

4-11 jours

Dans l'idéal, les inhibiteurs nucléosidiques doivent agir avant la multiplication ganglionnaire du virus



□ Trousse d 'urgence:

1 / facilité d 'obtention

2 / de conservation

3 / d 'encombrement

# Efficace de suite

# Non ou peu toxique

# Pour plusieurs jours

Idéalement la trousse d 'urgence doit permettre  
d 'agir sur plusieurs virus:

# HIV

# Virus des hépatites C & B:

Epivir\* / Lamivudine (3TC) bloque la production  
du virus B.

Précautions d 'utilisation des antirétroviraux:

# interactions médicamenteuses

# toxicité

# contre indication médicale

# grossesse.

Actuellement <

> idéalement:

AZT = Rétrovir  
+ 3TC = Epivir

Combivir (1 cp x 2)  
/ Videx (1 gel)

+1 Antiprotéase:

~~Crixivan (2cps x 3) kaletra  
(3gel~~

~~x2)~~

~~Viracept (5cps x 2)~~

~~autres antiprotéases:~~

autres analogues  
Ziagen, Hivid

~~Norvir (12 cps / jour)  
Agénérase (16 cps / jour)  
Fortovase (16 cps / jour)~~

+/- Analogues non nucléosidiques: Viramune  
Sustiva

# PREVALENCE DE LA RESISTANCE AUX ARV dans notre région en 2000/2002

- **AZT** : mutation au codon 215 : 15% ...70%  
mais 63 % de nos patients en  
multi-échec en sont porteurs
- **3TC** : mutation au codon 184 : 15% ...50%  
mais 57 % en multi-échec
- **INDINAVIR** plusieurs mutations cumulées  
mais 30% sont poly- mutés face aux IP 50%

Plus inquiétant encore: émergence de  
souches virales mutées aux 3 classes d'  
antiviraux

Standard de trousse d 'urgence dans la région:

(Dans l'ensemble des centres hospitaliers, depuis 5 ans)

COMBIVIR + KALETRA

ou + VIDEX 250/400mg

- <de60kg>+

en cas de CI à l'IP

# *posologies*

- COMBIVIR 2 cp /J à 12 h d'intervalle
- KALETRA 3 gel X2 /j aux repas  
OU VIDEX 250 /400 mg à jeun

» À débiter dès que possible et devant vous !

» Ne pas attendre le prochain repas

# A qui prescrire le traitement d 'urgence ?

## Qui prescrit?

Peuvent prescrire une trousse d 'urgence (kit):

# Médecin référent > hospitalier

# Médecin des urgences > par délégation pour max 5j

## Ne peuvent prescrire:

# Médecin généraliste,

# Médecin du travail,

# Interne,

# Auto- prescription.( traitement du conjoint par exemple)

Prescription après accord de la personne  
qui fait la demande / écrite

## APRES INFORMATIONS: SUR LES RISQUES

- Devant TOUT RISQUE récent de contamination quelle qu'elle soit, si elle ne remonte pas à + de 48 heures.

# Calendrier d'un AEV

- 1 'accident JO
- Les urgences **CS** JO J 2 Prescription ARV+**bilan**
- Référent **CS** J3 J4 Poursuite des ARV ou pas
- J15 **CS** Tolérance clinico- biologique **bilan**
- J30 ARRET ARV +**CS** + **bilan**
- J45 **CS** **Bilan** +charge virale si indétectable prescriptions des 2 bilans suivant:
- J60(M1) , **bilan** sérologies VIH VHC VHB
- J90- J120 (M3 ),**bilan** sérologies VIH VHC VHB
- M6 **bilan** sérologies VIH VHC VHB
- **CS** ET classement du dossier archiver

# EVOLUTION DE LA TROUSSE D ' URGENCE

- Adaptée à l 'émergence rapide des mutations de résistance du VIH
- Adaptée aux progrès pharmacologiques
- Adaptée aux contraintes de la vie courante
- Adaptée aux rapports coût/ bénéfice  
Modulable

*Accidents d'exposition au sang  
infecté par le VIH, VHB, VHC.*

**Docteur Pascale Nelh**

**Praticien hospitalier**

**S.A.T.U**

**Hôpital de la Conception**

**Marseille**

# ACCUEIL DES AES

- ❑ ACTEURS: infirmière d'accueil et médecin trieur.
- ❑ LIEU: bureau de consultation isolé à l'entrée des urgences.

# ACCUEIL DES AES

- ❑ SCENARIO: *Acte 1 : “Réconfort”*.
- ❑ SCENARIO: *Acte 2 : “Appréciation du risque et explications sur le traitement prophylactique”*.
- ❑ SCENARIO: *Acte 3 : “Explications sur le suivi ultérieur et le circuit SAU-CISIH”*.
- ❑ SCENARIO: *Acte 4 : “Bilan sanguin”*.
- ❑ SCENARIO: *Acte 5 : “Délivrance du traitement”*.

# Acte 1 : “Réconfort”.

- ❑ Mise en confiance du patient pour établir un dialogue sans tabous dans le cadre des accidents de prévention.
- ❑ Évaluation des pratiques habituelles du patient (AT/NON AT).
- ❑ Conseils pour de meilleures pratiques dénuées de risque.

# ARBRE DECISIONNEL

- ❑ En dehors des cas où l'absence totale de risque est évidente (statut sérologique du patient source connu ou pratique non exposante), le traitement prophylactique est donné à tous les patients admis pour AES.
- ❑ L'infectiologue consulté dans les 3 jours par le patient modifie ou arrête le traitement si le risque a été surévalué initialement.

# Acte 2 : “Appréciation du risque et explications sur le traitement prophylactique”.

- Fiche anonyme de renseignements (AT/NON AT) remplie par le médecin urgentiste et transmise via le CI à l’infectiologue du CISIH.
- Formulaire de consentement pour la prise du traitement rempli par le patient et incorporé dans son dossier.
- Délivrance d’une fiche explicative sur le traitement, sa posologie et sa durée.

# Acte 3 : “Explications sur le suivi et le circuit SAU-CISIH”.

- ❑ Traitement donné aux urgences pour trois jours.
- ❑ Utilisation obligatoire de préservatifs.
- ❑ Coordonnées du secrétariat du CISIH communiquées au patient pour rendez-vous avec le médecin spécialiste à J3 qui aura connaissance des résultats initiaux.
- ❑ Seconde évaluation à J3 pour décision d 'arrêt ou de poursuite du traitement pour 27 jours.
- ❑ Suivi pendant le mois de traitement et suivi sérologique pendant 6 mois.

# Calendrier d'un AEV

- 1 'accident JO
- Les urgences CS JO J 2 Prescription ARV+bilan
- Référent CS J3 J4 Poursuite des ARV ou pas
- J15 CS Tolérance clinico- biologique bilan
- J30 ARRET ARV +CS + bilan
- J45 CS Bilan +charge virale si indétectable prescriptions des 2 bilans suivant:
- J60(M1) , bilan sérologies VIH VHC VHB
- J90- J120 (M3 ),bilan sérologies VIH VHC VHB
- M6 bilan sérologies VIH VHC VHB
- CS ET classement du dossier archiver

# Acte 4 “Bilan sanguin”.

- NFS, plaquettes, TP, TCA.
- Ionogramme sanguin, bilan hépatique, bilan pancréatique et lipidique.
- $\beta$  HCG si nécessaire.
- **Sérologies HIV1 et HIV2.      Prise n charge à 100%**
- Sérologies Hépatites B et C.

# Décret du 4 mai 1994

- Issu des directives européennes 90-679 et 93-98 qui fixent les **grands principes de protection des travailleurs contre le risque biologique**.
- Innovation en matière de droit français du travail:
  - 1 / Introduction de la notion de **risque biologique** en tant que tel.
  - 2 / **Responsabilité de l'employeur**.
- Définition et classification des agents biologiques > règles de manipulation et mesures de confinement adaptées.
- **Évaluation pratique du risque infectieux** par étude des postes de travail / **Prévention**

# *Classification des germes (2)*

- ❑ **Groupe 3** : Agents biologiques pouvant provoquer une maladie grave chez l'homme et constituer un danger sérieux pour les travailleurs:
  - Propagation possible dans la collectivité
  - Prophylaxie ou un traitement efficace.Ex: Brucella; M. tuberculosis, S. Typhi; **VHB, VHC; VIH**; P. Falciparum; T. solium.
  
- ❑ **Groupe 4** : Agents biologiques provoquant des maladies graves chez l'homme et constituant un danger sérieux pour les travailleurs.
  - risque élevé de propagation dans la collectivité
  - en général pas de prophylaxie ou de traitement efficaces.Ex: virus des fièvres hémorragiques africaines.

# Accidents du travail (AT)

## Définition:

Est considéré comme AT, quelle qu'en soit la cause, un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise

Le rapport avec le travail est admis si l'accident survient:

- sur le lieu de travail: poste de travail, entreprise, dépendances
- pendant le temps de travail: temps de travail effectif, pauses
- pendant le trajet: dans un délai « normal », temps précédant ou suivant immédiatement le travail.

# *Accident du travail*

Déclaration (RG de la sécurité sociale)

## © **Victime:**

Informe l'employeur au maximum dans les 24h, sauf cas de force majeure. Déclaration faite sur les lieux de l'AT ou par lettre recommandée (ex accident de trajet, mission...)

## © **L'employeur:**

Donne au salarié 1 feuille d'AT à 3 volets = **tryptique:**

# *Accident du travail (2)*

- Déclare l'AT à la CPAM de la victime dans les **48h**, même si envisage de contester l'AT.

Déclaration par lettre recommandée avec accusé de réception

A défaut: déclaration possible par victime ou ayants droits, dans un délai maximum de 2 ans.

- Si arrêt de travail: adresse à la CPAM une attestation de salaire concernant la victime: permet le calcul des indemnités journalières.

# *Accident de travail (3)*

© **Médecin** (choisi librement par la victime):

- Remplit les deux 1ers volets de la feuille d 'AT, et les adresse à la CPAM dans les 24h.
- Établit un certificat médical initial sur un formulaire adapté à 4 volets: date de l 'AT, constatations médicales détaillées, conséquences de l 'AT:

# *Accident de travail (4)*

## Rôle de la caisse de sécurité sociale:

- Décide si l'assuré peut bénéficier d'une prise en charge au titre des AT /
- matérialité du fait accidentel / rôle du service administratif CPAM
  - sa relation avec le travail / rôle du service administratif CPAM
- \* existence d'une lésion physique imputable au fait accidentel: rôle du service médical (**médecin conseil**)
  - \* peut faire procéder à une enquête.

# *Accident du travail (5)*

Notion de présomption d'imputabilité:

Contestation possible du caractère professionnel / caisse de sécurité sociale: preuve contraire.

Information de la victime et de l'employeur dans un délai de 20 jours.

# *Maladie professionnelle indemnisable (MPI)*

## Définition:

État pathologique résultant de l'exposition +/- prolongée à un risque qui existe lors de l'exercice habituel et normal d'une profession.

## Ethiologies:

- Gestes professionnels - postures.
- Agents physiques: rayonnements ionisants, bruit, pression, vibrations, température...
- Agents infectieux: bactéries, virus, champignons, parasites, levures..
  - Agents chimiques: multiples.

# *Maladie professionnelle indemnisable (MPI) 2*

Tableaux de MPI: 1 à 98 (avec bis et ter) - RG de la SS.

- **Titre:** agent causal / pathologie / mécanisme.
- **Désignation de la maladie:** symptômes / lésions pathologiques limitative.  
Examens complémentaires +/-
- **Délai de prise en charge +/-** durée d'exposition.
  - **Liste des travaux:** limitative ou indicative.

# *Réparation hépatites virales professionnelles (1)*

TRG 45: « infections d'origine professionnelle par les virus des hépatites A, B, C, D et E » (décret du 26 juillet 1999).

Liste des travaux = limitative.

**Hépatites virales transmises par voie orale:**

- ❑ hépatite A: Hépatite fulminante (DPC = 40j), Hépatite aigue ou subaigu (60j), formes à rechutes (60j).
- ❑ hépatite E: hépatite fulminante (40j), hépatite aigue et subaigu (60j). Confirmées par examens biochimiques et sérologiques.

# Réparation hépatites virales professionnelles (2)

Hépatites virales transmises par le sang, ses dérivés et tout autre liquide biologique ou tissus humains:

- **hépatites à virus B** (sauf AT): hépatite fulminante (40j), hépatite aigue +/- manifestations ictériques (180j), manifestation extra-hépatiques dues à l'infection aigue par VHB (180j), hépatite chronique active ou non (2 ans).

Pathologie et étiologie confirmées par examens biochimiques et sérologiques.

Manifestations extra hépatiques dues à l'infection chronique par VHB, cirrhose, carcinome HC.

Étiologie confirmée par examen sérologiques ou examen de tissus hépatique.

- **Co-infection de VHB par le virus D**: hépatite fulminante, hépatite aigue, HC active.

Étiologie confirmée par examen sérologiques.

# TRG 45 (suite)

**Hépatites à virus C** (sauf AT): hépatite aigue +/- manifestations cliniques (DPC = 1 80j), hépatite chronique active ou non (20 ans).  
Pathologie et étiologie confirmées par examens biochimiques et sérologiques.

Manifestation extra hépatiques dues à l'infection chronique par VHC:

- **Associées à une cryoglobulinémie mixte essentielle** (20 ans):  
purpura, vascularites, neuropathies périphériques, syndrome sec, polyarthrite, néphropathie membrano-proliférative.
- Hors de la présence d'une cryoglobulinémie (20 ans):  
Porphyrie cutanée tardive, lichen plan, urticaire.  
Cirrhose (20 ans), carcinome HC (30 ans).

Étiologie confirmée par examen sérologiques ou examen de tissu hépatique.

# *Maladie professionnelle*

Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles:  
Système complémentaire de reconnaissance des MP (27/01/93)

- Maladies à caractère professionnel:  
Art; L 461 – 6 du code de la SS: obligation de déclarer à  
l'inspection du travail, par tout médecin qui en a  
connaissance, les maladies ayant un caractère professionnel  
(liste + / -).

# *Prestations en matière de MPI ou d'Accident du travail*

- ❑ **Prestations en nature** (frais médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers...) tiers payant.
- ❑ **Prestations en espèces** = indemnités journalières (calcul et montant plus favorables / assurance maladie) - Dès J1.
- ❑ +/- capital ou rente si IPP: destiné à compenser la réduction de capacité de travail. Si décès: rente de réversion pour ayants droits.

# Professions libérales

## Régime des travailleurs non salariés non agricoles

Assurance maladie des professions indépendantes

A la différence du RG de la SS: pas de notion d 'accident de travail / maladie professionnelle car pas de subordination à un employeur.

- > prise en charge au titre de la maladie ordinaire.
- Pas d 'indemnités journalières sauf si assurances complémentaires
  - Pas de cotisation AT / MP.

# *Infections professionnelles par le VIH*

En France: 42 cas d'infection VIH professionnelle chez le personnel de santé ont été recensés depuis le début de l'épidémie:

- 13 séroconversions documentées
  - 29 infections présumées
- Répartition géographique: Ile de France 25 cas / 42 - autres répartis sur l'ensemble du territoire.
- Fonction: IDE dans 12 cas des 13 cas documentés et 38% des infections présumées (11/29).
- Service: maladies infectieuses (7), réa (6), urgences (5), bloc opératoire (5).

# *Infections professionnelles par le VIH: cas documentés*

❑ Fonction: 12 IDE / 1 interne en médecine

❑ Matériel: piqûre, profonde dans 4 cas / 5

❑ Tâche en cours:

- prélèvements IV: 7

- recapuchonnage aiguille (ponction pleurale, GDS): 2

- hémocultures: 2

- prélèvements sur chambre implantable: 1

-élimination d'un sac de déchets septiques: 1

❑ Patients-sources: 13 VIH+ dont 9 au stade SIDA (3 en phase terminale), 1 en phase de séroconversion après contamination transfusionnelle.

Pour le dernier cas (1997): charge virale basse (820copies/ml) <sup>69</sup>

# *Infections professionnelles par le VIH: cas documentés (2)*

- ❑ Clinique: symptômes de primo-infection dans 10 cas / 12, survenus entre S2 et S8.
- ❑ Prophylaxie anti -VIH: 6 cas. **Échec dans 4 cas** ou traitement bien conduit (début dans les 2H après l'AES. Traitement > 15 jours. Bonne observance.:
  - ❑ 2 cas AZT seul
  - ❑ 1 cas bithérapie pendant 48H puis AZT seul (durée totale du traitement = 1 mois).
  - ❑ 1 cas trithérapie identique à celle du patient, sans résistance de la souche virale.

# *Accidents d'exposition au sang*

## □ Risque de transmission après AES:

1. VHB: 30
2. VHC: 3% à 10% (jusqu'à 10% quand le patient source virémique (Mitsui & col. 1992))
3. VIH: 0,3% (0,04% lors d'un contact cutanéomuqueux)

# ***AES et risques d'hépatite C professionnelle: suivi sérologique en médecine du travail (CHR Marseille)***

## **Objectifs de l'enquête:**

- incidence des contaminations professionnelles
- faisabilité du suivi préconisé par la conférence de consensus des 16 et 17 janvier 1997 + circulaires ministérielles

## **Matériels et méthodes:**

- enquête prospective descriptive / AES survenus entre le 01/11/97 et le 01/11/98.
- population: ensemble du personnel, médecins compris.
- questionnaire de 22 items: données socio-administratives de la victime, circonstances de l'AES, statut sérologique du patient-source et de la victime à J0, Suivi sérologique jusqu'à M6

# *Accidents d'exposant au sang et risque d'hépatite C professionnelle: suivi sérologique en médecine du travail*

Au 30 avril 1999: 467 AES portés à la connaissance des médecins du travail.

## □ Sexe:

\* 384 femmes soit 82,2%

- âge moyen: 36,6 ans (ET = 9,2)

-ancienneté moyenne dans la fonction: 12,2 ans (ET = 8,7)

\* 83 hommes

- âge moyen: 33,2 ans (ET = 9,8)

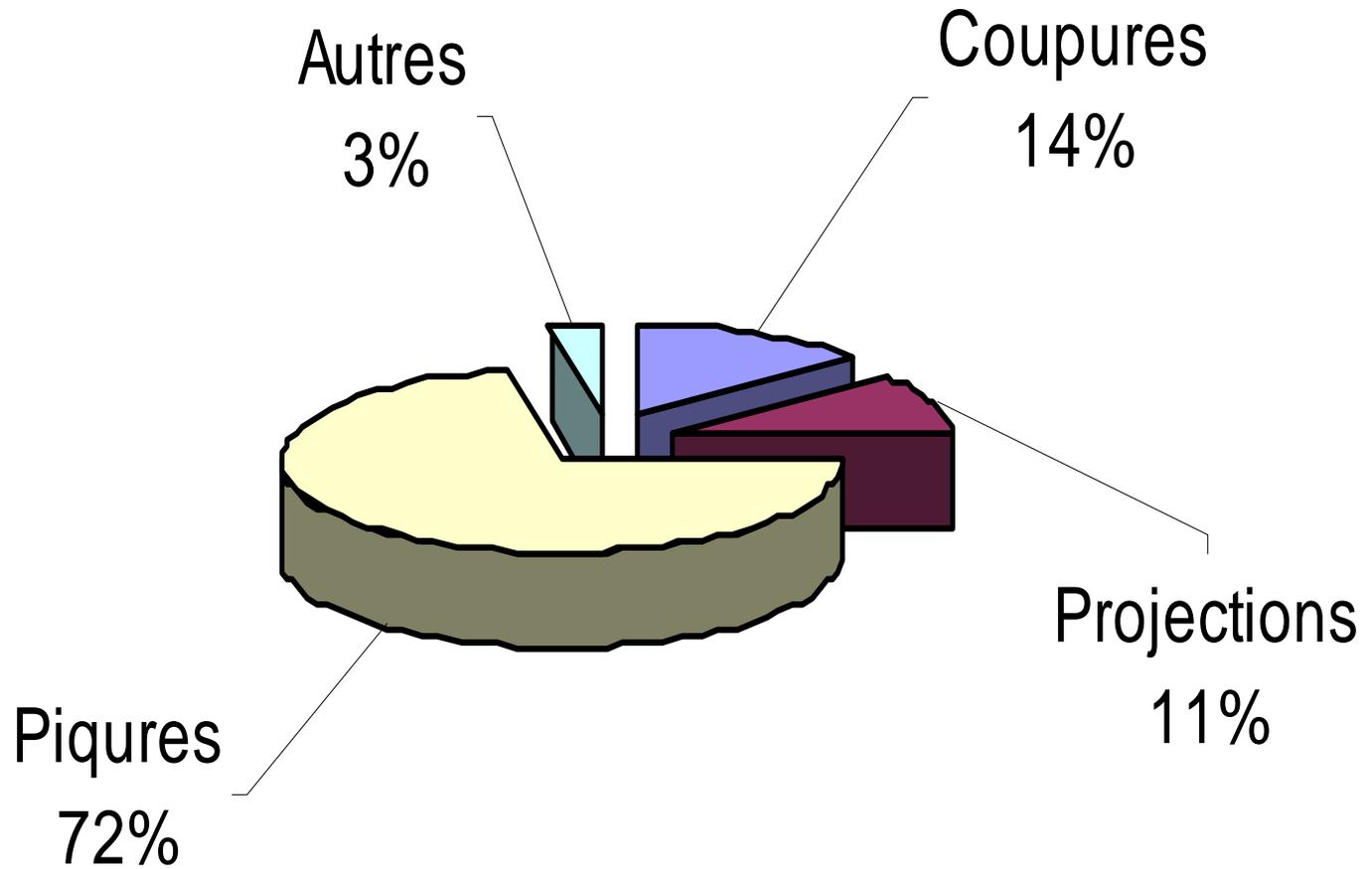
- ancienneté moyenne: 8,8 ans (ET = 7,9)

# *Accidents exposant au sang et risque d'hépatite C professionnelle: suivi sérologique en médecine du travail.*

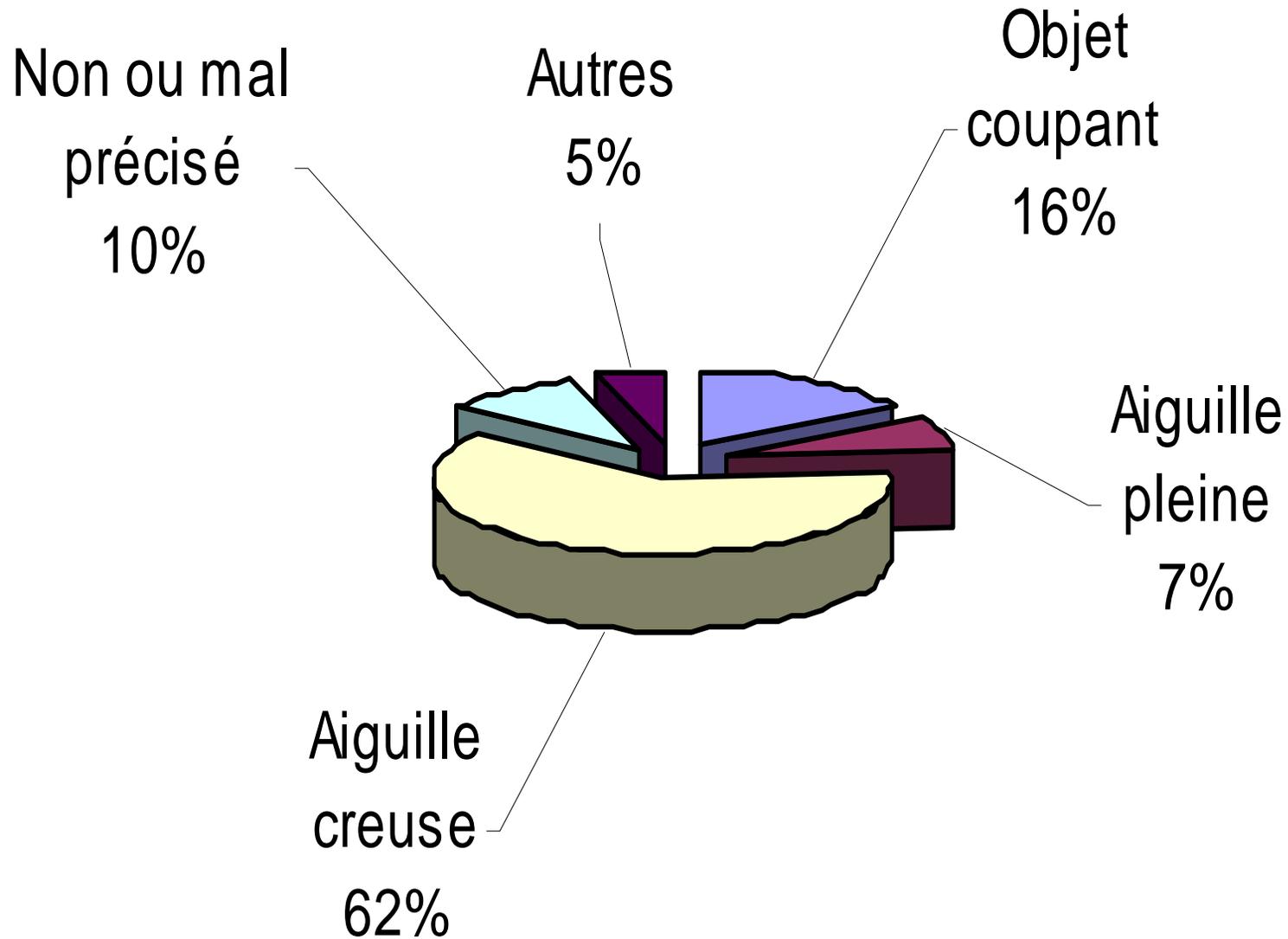
## □ Répartition par établissement:

- Timone: 159
- Nord / Houphouët Boigny: 95
- Sainte Marguerite / Salvator: 94
- Conception: 92
- Hôtel Dieu / Écoles: 27

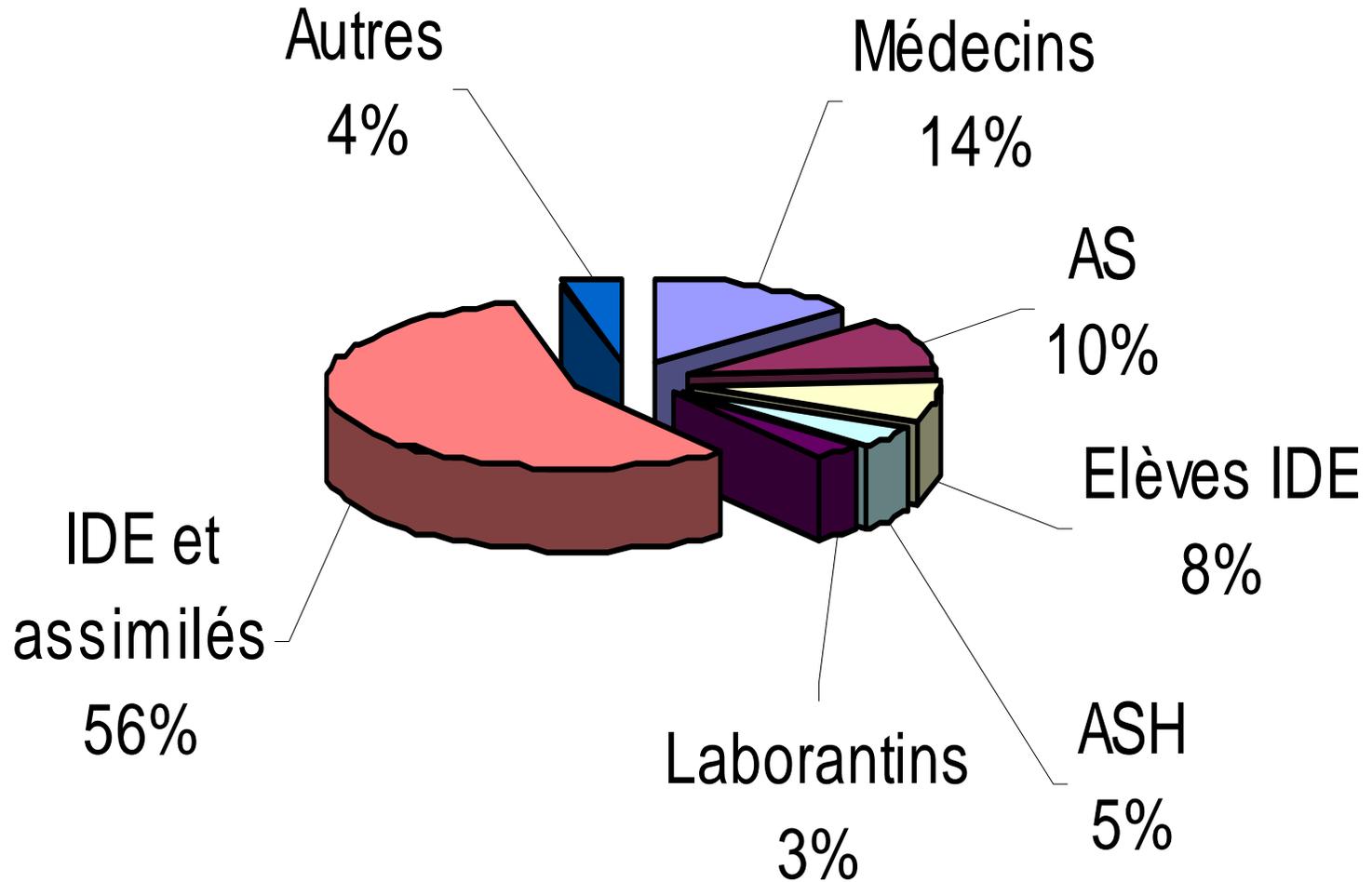
# TYPE D'AES



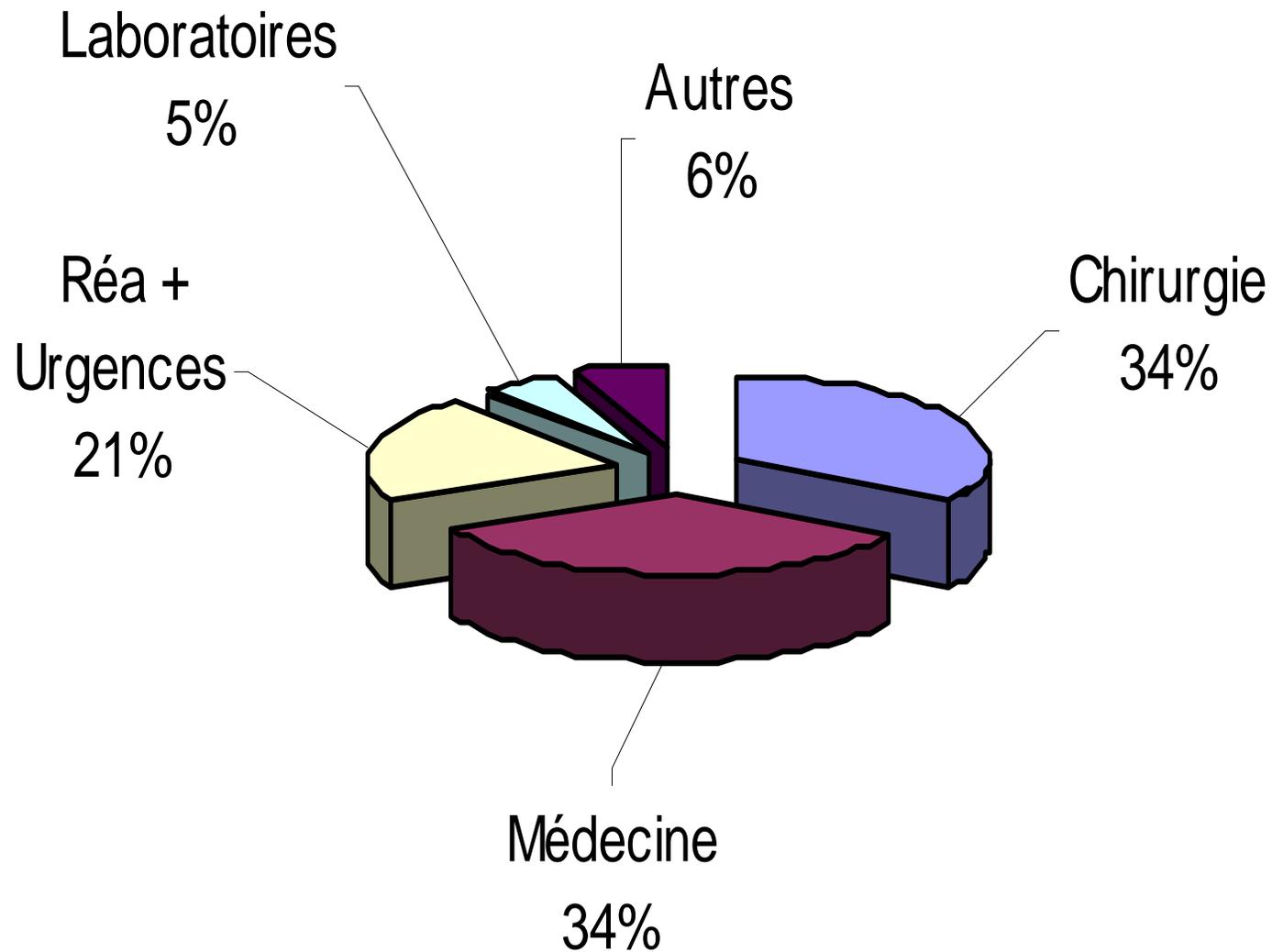
# MATERIEL EN CAUSE



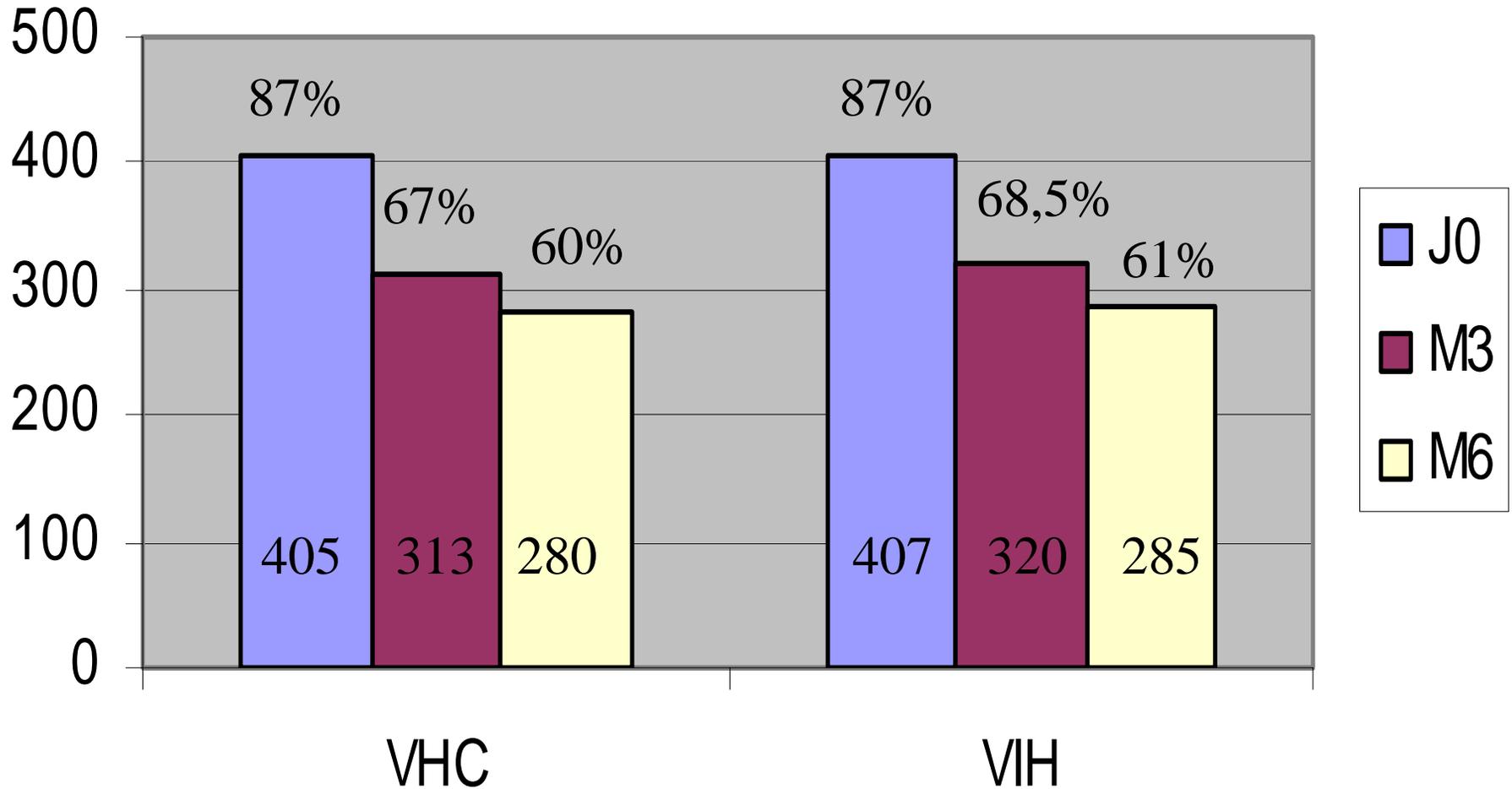
# FONCTION



# SERVICES



# SEROLOGIES AGENTS A J0 - M3 - M6



# ***Conclusion :***

## ***Recommandations aux libéraux***

- Assurance spécifique ?
- Gants, lunettes
- Dakin pour immersion de la piqûre 5mn
- N°de tel de la source
- Dépistage VIH.VHC VHB de la source et informer le patients des délais de réponse du laboratoire
- Lieux d'urgences équipés de trousse d'ARV
- Y aller sans tarder ne pas perdre de temps