

# Le rôle du médecin du travail dans la prévention et la prise en charge des AES

M. Domart-Rançon

Service de Santé au Travail – Hôpital Européen Georges Pompidou - Paris

**Résumé.** En milieu de soins, la nécessité d'une politique de santé au travail en milieu de soins a émergé parallèlement à la mise en évidence des risques professionnels inhérents au contact avec les malades. Le contexte réglementaire situe le médecin du travail parmi les différents acteurs et instances impliqués dans la maîtrise du risque infectieux en milieu de soins. Sa pratique quotidienne lui offre une position d'observateur privilégié : les données qu'il recueille à l'échelon individuel permettent d'envisager la protection collective, et celles établies par l'étude du milieu de travail peuvent améliorer la protection de l'individu et contribuer ainsi à l'adaptation du travail.

La stratégie de prévention des accidents d'exposition au sang est pluridisciplinaire et la participation du médecin du travail y est essentielle, il doit en être un des moteurs. Il apporte son regard d'expert à cette dynamique qui, non seulement, évalue les moyens mis en œuvre mais doit s'attacher à ce que tout soignant devienne acteur de sa propre prévention, intègre sa sécurité dans son travail et protège ainsi le patient.

**Mots-clés :** Médecine Travail – Accident Travail – Sang – Personnel de santé – Prévention Accident.

## *The medical officer's role regarding accidental blood exposure prevention and care*

**Abstract.** *The need for a health policy concerning the healthcare environment emerged at the same time as the inherent occupational risks when staff are exposed to patients. The regulatory context defines the medical officer as one of the different protagonists and authorities involved in the control of the infectious risk in the healthcare environment. As the medical officer deals with accidental blood exposure (ABE) on a daily basis, he is a privileged observer; the data collected individually enables to consider mass protection; the data established from studying the work environment can improve individual protection and thus contribute towards work adaptation.*

*The accidental blood exposure protection strategy is multidisciplinary and the medical officer must be a driving force; his participation is essential. He provides an expert point of view for this dynamics, which assesses the implemented means and must also try to make the healthcare workers become protagonists for their own prevention, that they incorporate their safety in their work and thus protect the patients.*

**Key-Words:** *Occupational Medicine – Accidents, Occupational – Blood – Healthcare Workers – Accident Prevention.*



**Martine Domart-Rançon**  
Service de Santé au Travail – Hôpital Européen Georges Pompidou  
20, rue Leblanc  
F-75015 Paris

LA MÉDECINE DU TRAVAIL, NÉE EN FRANCE EN 1946 pour les salariés du secteur privé, a longtemps attendu dans le secteur hospitalier public les textes qui, prenant en compte la santé et la sécurité des soignants, définiraient son action. Ce n'est qu'en 1985 qu'un décret institue, dans la fonction publique hospitalière (1), l'obligation d'une médecine du travail avec un dispositif assimilable à celui du Régime Général (2) et le recours à des médecins formés dans cette discipline. Néanmoins, dès les années 60, certains hôpitaux, s'étaient organisés pour que leur personnel puisse bénéficier d'une « médecine préventive ».

## Le médecin du travail : d'une mission de protection individuelle à un rôle dans la prévention collective

### Éviter toute altération de la santé du fait du travail

Ce principe, énoncé dans les textes, guide le médecin du travail et définit son action (Figure 1). Clinicien dans la surveillance médicale des salariés, il exerce une action de prévention primaire (aptitude en fonction des risques d'un poste de travail) et secondaire (dépistage précoce d'une affection professionnelle). « Conseiller du chef d'établissement, des salariés et de leurs représentants... » en milieu de travail, il apporte sa contribution à l'évaluation et à la prévention des risques pro-

fessionnels. À ce titre, il participe au CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) comme membre consultatif. En outre, il est consulté sur les aménagements des locaux, les procédures de travail, les choix des matériels, et peut aussi « *participer à toute recherche et étude, notamment à caractère épidémiologique, en rapport avec sa mission.* ».

Une notion plus globale de « santé au travail » a été promue récemment par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (3). Le législateur incite à créer dans toute entreprise une équipe pluridisciplinaire dont les compétences, autour du médecin du travail, doivent converger pour aboutir à une meilleure maîtrise des risques engendrés par le travail.

### Des actions entreprises dès l'émergence des risques liés aux AES

#### A L'ENCONTRE DU VHB, DU VIH PUIS DU VHC

Les médecins du travail ont été, en grande partie, à l'origine des premières déclarations des personnels atteints d'hépatite B professionnelle. Ces cas reconnus sont les seules données disponibles sur l'impact de cette pathologie professionnelle en milieu de soins ; à titre d'exemple : 238 cas en 1978 à l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) et 500 à 700 cas annuels avant 1981 au Régime Général de la Sécurité Sociale (4). La mise sur le marché d'un vaccin efficace entraîna leur mobilisation rapide avec la vaccination des secteurs les plus à risques : hémodialyse et laboratoires. Les études de prévalence, qu'ils ont menées dans le même temps, confirmèrent l'étendue de la dissémination du virus chez les soignants (5). Elles contribuèrent, sans doute, à l'extension de la vaccination en 1991 à tout le personnel exposé, par obligation légale. Leurs efforts de vaccination amèneront à la fin des années 90 la quasi-disparition de l'hépatite B chez les soignants pour lesquels elle représentait auparavant la première maladie professionnelle (4,6).

Dès les années 80, alors que le risque était suspecté d'après quelques cas décrits dans la littérature, des infections VIH, dont l'origine ne pouvait être reliée qu'à une contamination professionnelle, ont été repérées et documentées par des médecins du travail (*Passe-relle n°8* - lettre des médecins du travail de l'AP-HP -

1992). Ceci a entraîné leur publication officielle (7).

Une décennie plus tard, la documentation des cas d'hépatite C déclarés en Maladie Professionnelle (8), l'observation sur le terrain de cas d'infections VHC présumées professionnelles ou de séroconversions prouvées par le suivi sérologique effectué après AES, ont entraîné une collecte des données au niveau national (9).

#### DANS LES MESURES À METTRE EN ŒUVRE

Ils apportèrent dans le même temps leur concours à l'élaboration de supports d'information sur les pratiques à risque, de protocoles (conduite à tenir et suivi sérologique) et d'outils de surveillance des AES pour harmoniser les modalités de prise en charge des accidentés et permettre un éventuel lien avec une exposition professionnelle. Leur participation à la constitution de réseaux les reliant à d'autres professionnels (infectiologues, épidémiologistes, cadres hygiénistes...), investis dans des enquêtes nationales multi-centriques, dans lesquelles le médecin du travail a souvent eu un rôle fédérateur local, permet de disposer aujourd'hui de données épidémiologiques mesurant les avancées de la prévention (10,11).

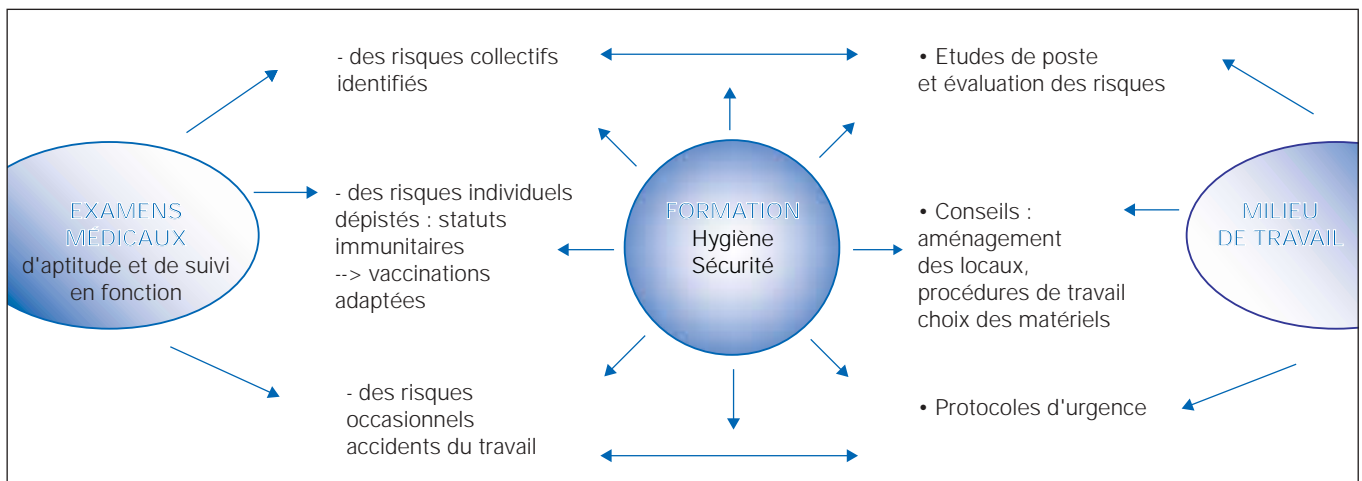
### Un acteur transversal de la prévention du risque infectieux

Ces deux dernières décennies ont vu augmenter l'exigence de sécurité sanitaire vis-à-vis des patients et diminuer l'acceptabilité des soignants vis-à-vis de leurs propres risques. La législation en a tenu compte et a évolué d'un concept de prévention secondaire à un concept de prévention primaire et de « sécurité intégrée » au travail. Les obligations du médecin du travail découlent des principes de sa mission légale et se trouvent renforcées par :

#### • LE DROIT DU TRAVAIL

Le décret du 4 mai 1994 (13) sur la prévention des risques biologiques implique le médecin du travail dans le recensement des salariés exposés (Art. R. 231 - 63-2-3), la tenue à jour d'un dossier médical spécial à conserver au minimum dix ans après la fin de l'exposition (Art. R. 231-65-2), les recommandations sur les vaccinations appropriées (Art. R. 231-65-1), les visites médicales au personnel exposé au même risque qu'un

Figure 1 - Rôle du médecin du travail.



salarié atteint d'une maladie à caractère professionnel (Art. R. 231-65-3). En outre, le décret du 5 novembre 2001 (14) impose à tout employeur de créer et mettre à jour régulièrement un « *document unique transcrivant les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs...* » dont le médecin du travail est un des destinataires.

• **LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales prévoit le médecin du travail dans la composition du CLIN dont il est membre à part entière depuis le décret du 6 décembre 1999. Elle prend ainsi en compte le fait que la rupture de la chaîne de transmission nosocomiale nécessite à la fois la protection des patients et celle des soignants.

• **L'ACCREDITATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (ANAES)**

Cette procédure exige l'élaboration de protocoles de soins intégrant la prévention des infections professionnelles pour laquelle l'aide du médecin du travail est nécessaire.

Ainsi la prévention de la transmission par le sang et les liquides biologiques d'agents infectieux est encadrée par une série de recommandations déclinées à partir de ces textes (cf. articles de P. PARNEIX et E. BOUVET dans ce numéro). Cela doit conduire le chef d'établissement à définir une politique concertée entre tous les acteurs: CLIN, Service de Santé au Travail, CHSCT, DSSI... L'organisation de cette prévention en milieu

hospitalier est complexe, liée à la multiplicité des intervenants (Figure 2); la décision reste, *in fine*, du ressort et de la responsabilité de la Direction.

Le médecin du travail se situe donc comme un lien entre :

- les instances impliquées : le CHSCT et le CLIN
- les soignants et l'administration (Direction, services techniques...) dont il est le conseiller.

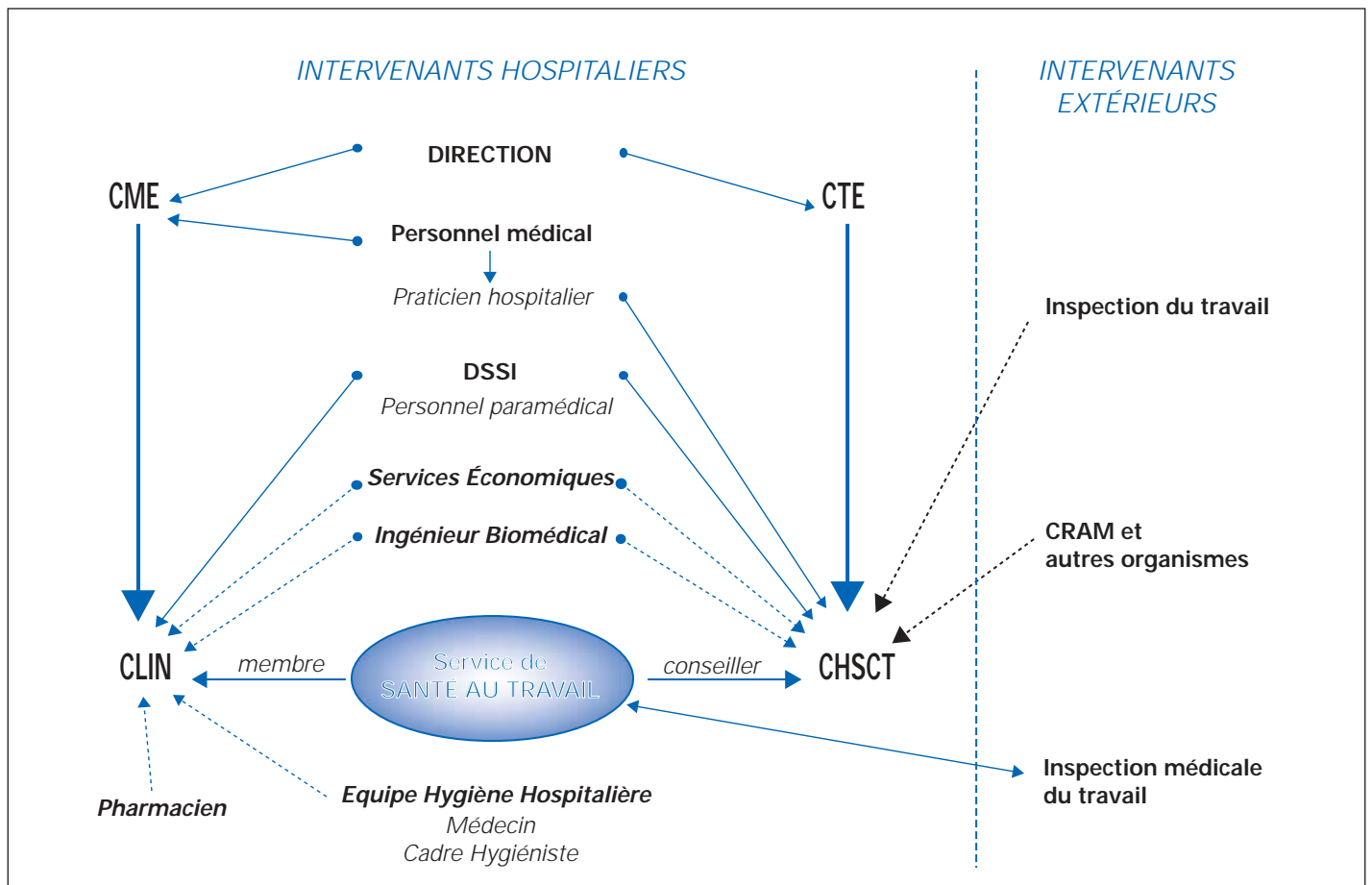
## La prévention des AES en pratique quotidienne

### Lors de la surveillance individuelle

**L'EXAMEN MÉDICAL INITIAL,**

à l'embauche ou avant affectation à un poste exposé, a pour but de rechercher des facteurs favorisant la survenue d'une pathologie liée au travail. Il permet la vérification du statut vaccinal vis-à-vis du VHB (cf. article de J.-F. GEHANNO dans ce numéro), une information sur la conduite à tenir en cas d'accident, un rappel sur le port d'équipements de protection individuelle, les précautions standard et le matériel de sécurité mis à disposition, en fonction des risques identifiés. À l'issue de cet examen un avis d'aptitude est délivré en fonction de l'état de santé et des risques identifiés au poste de travail, qui peut être conditionné à l'immunité, en particulier vis-à-vis du VHB, afin que cette personne ne devienne pas un maillon dans la chaîne de transmission.

Figure 2 - Organisation de la prévention en milieu hospitalier.



**LA SURVEILLANCE MÉDICALE,**  
 pratiquée périodiquement, est ciblée sur la recherche d'une éventuelle évolution clinique modifiant les conditions d'aptitude et sur le suivi des vaccinations. C'est une opportunité pour s'enquérir des modes de travail, des risques accidentels, d'éventuels incidents... Le dossier médical doit préciser le cursus professionnel avec la notification et la description des risques spécifiques aux postes de travail, permettant de relier, en cas de nécessité, une éventuelle infection à une exposition professionnelle.

**LA PRISE EN CHARGE D'UN SOIGNANT AU DÉCOURS D'UN ACCIDENT**

Elle s'inscrit dans un dispositif médical et administratif, qui a pour but d'apporter au soignant accidenté accueil et orientation dans les suites immédiates d'un accident (cf. article de E. CASALINO dans ce numéro). L'intervention du médecin du travail se fait en aval dans le délai légal de huit jours pour établir une surveillance médicale adaptée ainsi qu'une analyse des causes de l'accident afin d'éviter qu'il ne se reproduise (15,16). Il peut être dans certains cas le premier interlocuteur de l'accidenté (17). Le médecin du travail doit veiller à la qualité du circuit et rester en relation étroite avec les différents intervenants (Figure 3).

**Le suivi médical et sérologique (VIH, VHB, VHC)**

La consultation en médecine du travail, à la suite de celle du médecin référent, permet une nouvelle information (risques encourus, risque de transmission éventuelle à l'entourage et précautions à prendre pendant la période du suivi sérologique), la recherche du statut sérologique du soignant, la prescription d'un suivi biologique et sérologique adapté et un éventuel soutien psychologique (en particulier si une prophylaxie anti-VIH a été instituée). Ce suivi, qui peut être également réalisé par un médecin choisi par le soignant, doit garantir confidentialité et anonymat. Une fiche de liaison entre le médecin référent, le médecin du patient-source ou le médecin du travail, permet un suivi adapté et la fiche de recueil de l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) peut servir de support. Un récapitulatif écrit des différentes consultations et analyses biologiques nécessaires est établi en concertation avec l'agent en précisant les délais légaux (6 mois) à respecter (circulaires du 9 avril 1998 et du 8 décembre 1999).

**Les circonstances de l'accident**

doivent être précisées lors de l'interrogatoire, permettant de faire face à l'angoisse du soignant et de relativiser le risque. L'utilisation du questionnaire standardisé du GERES permet de recueillir les données nécessaires à l'analyse globale et à l'évaluation des

**Figure 3 - Circuit de prise en charge des accidents exposants au sang dans un hôpital : rôle des différents acteurs.**

Par qui ?	MÉDECIN RÉFÉRENT	MÉDECIN SENIOR DES URGENCES	MÉDECIN BIOLOGISTE	PHARMACIEN	MÉDECIN DU TRAVAIL	CADRE DU SERVICE
Quand ?	<b>Jour (semaine) 8h30-18h30</b> <b>Nuit et week end</b> <i>samedi 13h30-lundi 8h30</i> ≤ 4 h		<b>Jour et Nuit</b> ≤ 4 h		<b>Jour 7h-17h</b> ≤ 8 jours	<b>Avant, Pendant</b> ≤ 48 h
Pour quoi ?	Conseil médical		Virologie +/- autres labos	Délivrance du traitement	Suivi médical du SA*	Suivi administratif du SA*
Pour le Patient-Source (PS) →	Contact avec le médecin clinicien (+/-dossier) • Statut vis à vis VIH, VHC, VHB • Recherche facteurs de risque d'une séroconversion en cours		- VIH en urgence - VHB 48 h +/- - VHC (AC +/-PCR)		<i>(en fonction du statut du PS)</i> • JO • Suivi biologique et sérologique éventuels 15 jours 1 mois 3 mois 6 mois Anonymat des prélèvements	Info sur procédure AES Déclaration registre AT (bénins, si disponible dans l'établissement)
Pour le Soignant Accidenté (SA*) →	Evaluation du risque sur : • Données du PS ← • Nature de l'AES • Liquide biologique (+ vérification statut vaccinal pour le VHB du SA*)					
	Contage VIH + OU ? = Chimio prophylaxie adaptée Après avis médical		SA* = • BHCG en urgence chez femme jeune • Examens biologiques de référence	<b>Jour et Nuit</b> <b>INTERNE EN PHARMACIE</b>	Tolérance clinique et biologique du traitement	→ Double de la déclaration en médecine du travail
Données épidémiologiques	Fiche InVS (Institut de veille sanitaire) → Réseau AES →				• Analyse AES • Recueil des données ▼ Questionnaire GERES	

\*SA = Soignant Accidenté

risques liés à ces accidents sur l'établissement, don-

nées qui concourent à établir un plan de prévention local mais qui peuvent s'inscrire dans une collecte institutionnelle ou régionale. L'exposition au VIH et/ou la prescription d'un traitement prophylactique doit être documentée et l'information transmise à l'InVS chargé de la surveillance nationale.

Les modalités administratives pratiques sont de la responsabilité de l'encadrement mais il n'est pas inutile de préciser les aspects médico-légaux (régime privé ou public) au soignant afin de préserver ses droits à **réparation en cas de contamination**. La réparation d'une contamination professionnelle ne peut se faire, pour le VIH, qu'au titre de la réparation d'un accident du travail (AT) déclaré suivant les modalités du régime auquel est affilié l'accidenté. Les effets secondaires consécutifs à la prescription d'une chimioprophylaxie peuvent être pris en charge au titre de la complication d'un accident du travail. Des éléments indispensables (type d'accident, source, observations cliniques et résultats biologiques effectués) doivent être détenus dans le dossier médical de l'agent car ils pourront contribuer ultérieurement à la reconnaissance et au recensement des cas déclarés. Les hépatites B et C sont inscrites aux tableaux des Maladies Professionnelles dans le Régime Général de la Sécurité Sociale et reconnues par présomption d'origine pour les personnels de santé du secteur privé. Dans la fonction publique, la prise en charge peut être plus difficile, la victime devant apporter la preuve que la maladie a été contractée en service, ce que facilite l'attestation de l'exposition au risque établie par le médecin du travail.

### L'étude du milieu de travail

Cette démarche permet de passer d'une approche théorique de la tâche et des expositions inhérentes au métier de soignant à la réalité des gestes et donc à une approche plus objective du risque d'AES. Cette connaissance du terrain peut s'enrichir des éléments recueillis lors du dialogue des visites individuelles, révélateurs des habitudes de travail, et du recueil des incidents et des événements indésirables, prémisses de dysfonctionnements plus graves.

Elle débouche sur :

- **L'IDENTIFICATION DU PERSONNEL EXPOSÉ**

Outre les fonctions évidentes qui mettent en contact avec les produits biologiques, il est nécessaire de repérer les agents qui occasionnellement sont susceptibles d'être exposés : ménage, personnel de la filière déchets, coursier..., sans oublier les prestataires de service et les intervenants extérieurs à risque d'exposition potentielle, pour lesquels on se doit d'informer le médecin du travail qui les suit.

- **L'ÉVALUATION DES RISQUES**

Elle sera effectuée, non seulement sur le type d'actes pratiqués, invasifs ou non, mais aussi en fonction des conditions réelles d'exposition et du respect des précautions standard. Celles-ci sont étroitement liées à l'adéquation des locaux et des matériels mis à disposition, aux comportements induits par la perception des risques, la formation reçue à la prise de fonction et à l'organisation du travail.

Une « fiche de service » réalisée par le médecin du travail, assimilable à la pratique usuelle (et légale) dans

le secteur privé d'une fiche d'entreprise, tend à se développer en milieu hospitalier. Elle permet de situer l'ensemble des risques qui peuvent être intriqués lors d'une exposition au sang : toxico-chimiques, biologiques, liés aux radiations ionisantes... Cette fiche descriptive peut aider à l'approche d'évaluation voulue par la législation lorsqu'elle incite à la rédaction d'un « document unique » sur les risques professionnels (14). Cette rédaction ne peut se faire sans l'implication du cadre et du personnel des services, et l'analyse qu'elle induit les amène à une prise de conscience et tend à les rendre acteurs de leur propre prévention.

## Rôle dans la dynamique générale de prévention des AES

### Au sein de l'établissement

#### LA RESTITUTION DES DONNÉES AUX DIFFÉRENTES INSTANCES

Le rapport technique du médecin du travail présenté légalement chaque année au Comité Technique d'établissement (CTE) est une occasion régulière pour émettre des observations sur les risques professionnels liés au sang et faire adhérer les partenaires sociaux aux actions envisagées. Quant au Bilan annuel d'Hygiène et Sécurité des Conditions de Travail (BHSCT), document officiel des actions menées dans un établissement, les remarques qu'il doit y apporter sont un autre moyen important de faire le point sur une politique de prévention, sur les objectifs fixés par le CLIN et leur évolution.

Dans le cadre de la surveillance des AES, au sein du CLIN et du CHSCT, le médecin du travail joue un rôle d'alerte en signalant les accidents révélateurs de dysfonctionnements, qui nécessitent des actions rapides, par exemple sur le matériel. Annuellement, la présentation à ces deux instances d'un rapport sur les AES à partir des données fournies par les questionnaires individuels des accidentés, apporte les éléments nécessaires à leur connaissance locale. Cette analyse guide la stratégie de prévention, mais sa restitution aux services de l'hôpital les plus touchés peut aussi servir à modifier ponctuellement les comportements.

#### UN RÔLE TRANSVERSAL DANS LA PRÉVENTION

La création d'un groupe de travail pluridisciplinaire, conformément aux recommandations officielles, est indispensable pour activer des moyens de prévention propres aux spécificités de chaque hôpital, mais aussi adaptés à chaque service. Sa composition en dehors des acteurs de prévention et des décideurs économiques, doit intégrer des référents médicaux et paramédicaux appartenant aux disciplines les plus exposées. Ils sont ainsi une voie de transmission des objectifs élaborés en collégialité entre le groupe et le terrain. Le médecin du travail, par sa situation transversale et autonome, se doit d'être un des pivots de ces actions.

#### Sur la politique vaccinale

Si la tenue d'un fichier incombe au médecin du travail et lui permet l'identification individuelle des non vaccinés ou des non répondeurs, la diffusion des chiffres globaux et des difficultés rencontrées dans l'application de la législation responsabilise la Direction, le CLIN,

la CME, le CHSCT. Cela doit les amener à définir une politique de moyens non seulement économiques mais aussi d'incitation individuelle et collective : vaccination exigible pour tout personnel exposé (temporaire et pres-tataire compris), sans oublier le personnel médical (18).

#### Sur les précautions générales d'hygiène

L'étude des circonstances des AES renseigne sur les comportements et pratiques et permet aussi une approche des organisations de travail qui interfèrent avec le respect de ces mesures (interruption de la tâche, charge de travail, multiplicité des examens, disponibilité du matériel dans le service et dans l'hôpital...). L'étude des conditions de travail donne un regard complémentaire sur l'applicabilité de ces mesures en fonction de l'équipement (sécurité, conformité...) et des locaux (espace, mobilier...). La mise en évidence des corrections à apporter peut entraîner des choix en termes de procédures de travail, matériel médical et médico-technique, circuits, architecture.

Les équipements de protection individuelle (gants, masques) doivent être correctement évalués, ainsi que les moyens fournis (produits de lavage des mains et de désinfection du matériel) et choisis en fonction de critères déterminés entre hygiéniste, pharmacien, services économiques et médecin du travail.

#### Sur l'utilisation des matériels de sécurité

La détermination des secteurs prioritaires, l'évaluation du matériel et de son acceptabilité par des enquêtes au niveau des services participant à la perception du risque lié aux pratiques et à l'appropriation de la sécurité. Le signalement des incidents et des accidents liés à la non utilisation ou la défectuosité des matériels interviendra dans les éléments du cahier des charges pour le choix sans oublier, bien sûr, leur conformité avec les recommandations existantes (normes, Guide des matériels GERES...). Le médecin du travail peut être, dans ce domaine, un intermédiaire entre CLIN et CHSCT et faire de la mise à disposition de ces matériels une action prioritaire.

#### Dans des secteurs spécifiques (blocs opératoires, laboratoires...)

Elle est étroitement liée aux actions citées. La sensibilisation de ces personnels progresse. La participation locale à des enquêtes multi-centriques nationales est un facteur d'éveil important pour entraîner des attitudes plus responsables et une évolution des pratiques lors de la restitution des résultats aux équipes participantes (19 et [article de H. JOHANET dans ce numéro](#)).

#### Sur le circuit de prise en charge des AES

Le médecin du travail doit aussi s'investir dans le circuit de prise en charge des AES dès son élaboration par le CLIN et participer à son réajustement périodique pour veiller à sa cohérence, à la mise à disposition de supports d'informations actualisés et faciliter les procédures administratives.

#### L'INFORMATION ET LA FORMATION DU PERSONNEL

C'est une des missions du médecin du travail, et la diffusion d'une conduite à tenir en cas d'AES la première des informations à donner, individuellement ou collectivement : lors des séances d'accueil des nouveaux arrivants paramédicaux, à l'arrivée des internes, des étudiants, des stagiaires... Quant à la formation

proprement dite, elle peut se réaliser sous des formes variées : au moment de la mise à disposition de nouveaux matériels... ; plus complexe est l'introduction d'une dynamique de changement (« formation-action ») avec mise en commun de l'analyse des pratiques. Le GERES a largement contribué à étendre cette pédagogie en formant annuellement des « binômes », le plus souvent médecin du travail et hygiéniste ([cf. article de J.-M. DESCAMPS et al. dans ce numéro](#)).

#### L'ÉVALUATION DES ACTIONS ENTREPRISES

Le rapport annuel du CLIN est un temps important pour mesurer l'impact des efforts accomplis. Mais, à un niveau local, la prévention entraîne l'accroissement des coûts (matériels de sécurité et à usage unique), des contraintes et des déclarations des AT (meilleure information). Ce paradoxe doit être expliqué, plus particulièrement aux acteurs économiques et démontré par la baisse au niveau national de l'incidence des AT dans les secteurs ayant bénéficié de mesures préventives adaptées, et par l'impact sur les contaminations professionnelles (20).

### Au plan national

#### PAR LA PARTICIPATION À DES RÉSEAUX DE SURVEILLANCE DES AES

La standardisation de la surveillance des AES a fait la preuve de sa nécessité en apportant, avec un recul appréciable, des données sur l'évolution des pratiques. Elle s'est étendue jusqu'à la création d'un réseau national qui permet d'inclure dans cette surveillance les établissements de santé privés. Dans ce réseau, les interlocuteurs chargés de la collection des données sont, pour la plupart, les médecins du travail. [On se référera aux articles de J.-F. CAILLARD et P. PARNEIX dans ce numéro](#).

#### PAR LA COLLABORATION AVEC L'INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE

Le retour des fiches de recueil des AES survenus au contact de patients VIH+ est un moyen d'évaluer la prescription et la tolérance des chimioprophylaxies. Le signalement des séroconversions ou des infections présumées professionnelles permet un recensement national (20). C'est ce travail et la documentation des cas qui ont permis de mieux approcher le risque et de participer à des enquêtes cas témoins : pour le VIH tout d'abord, et actuellement pour le VHC (en collaboration avec le GERES).

### Conclusion

Vingt ans après les premières mesures à l'encontre du risque lié au sang, la médecine du travail dans les hôpitaux a su évoluer d'une discipline centrée sur la protection de l'individu à une action plus collective, dans une mission de santé publique.

La prévention des risques liés au sang est une modélisation des possibilités d'actions du médecin du travail en milieu de soins, objectivant son rôle essentiel dans le repérage des dangers et leur prise de conscience, l'évaluation du risque et la création d'une dynamique pluridisciplinaire de prévention. ■

## Bibliographie

- 1- DÉCRET N°85-947 DU 16 AOUT 1985 modifiant le code du travail relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail dans les établissements mentionnés à l'article L. 792 du code de la santé publique.
- 2- CODE DU TRAVAIL (Hygiène, sécurité et conditions de travail) – Titre III – art. L. 231 à 241.
- 3- LOI N°2002-73 DU 17 JANVIER 2002 de modernisation sociale
- 4- DOMART M, ABITEBOUL D. Risques infectieux des professionnels de santé. 24<sup>es</sup> journées nationales de méd. du trav. Arch.Mal.Prof, 1997; 58 (4): 312-317.
- 5- PRUDENT P. Contribution à l'enquête sur l'hépatite virale B professionnelle en milieu hospitalier et sa prévention au CHRU de Rouen. Th. Méd. : Rouen,1985.
- 6- POYEN D, MARTIN F. La prévention de l'hépatite B professionnelle par la pratique vaccinale en Médecine du travail. Arch.Mal.Prof, 1992; 53 (7): 621-626.
- 7- LOT F, ABITEBOUL D. Infections professionnelles par le VIH en France; le point au 31 mars 1992. BEH 1992; 26: 117-119.
- 8- DOMART M, ABITEBOUL D ET LES MÉDECINS DU TRAVAIL DE L'AP-HP. Risque professionnel d'hépatite C: bilan des cas déclarés en maladie professionnelle de 1988 à 1992 à l'AP-HP. 24<sup>e</sup> Congrès International de la Santé au Travail: 26 sep-1<sup>er</sup> oct. 1993, Nice - France.
- 9- LOT F, DE BENOIST AC, TARANTOLA A, YASDANPANAH Y, DOMART M. Infections professionnelles par le VIH et le VHC chez le personnel de santé. BEA, 1999; 2: 167-170.
- 10- ABITEBOUL D, ANTONA D, DESCAMPS JM. Procédures à risque d'exposition au sang pour le personnel infirmier: surveillance et évolution de 1990 à 1992 dans 10 hôpitaux. BEH, 1993; 43: 195-99.
- 11- ABITEBOUL D, ANTONA D, BONNET N, DAGON C, DOMART M, LAPERROUSSAZ F, FOURRIER A. Surveillance des accidents avec exposition au sang à l'AP-HP. Arch. Mal. Prof; 1994; 55; (1): 1-8.
- 12- DENIS MA, ECOCHARD R, BERNADET A, FORISSIER MF, PORST JM, ROBERT O, VOLCKMANN C, BERGERET A. Risk of occupational blood exposure in a cohort of 24,000 hospital healthcare workers: position and environment analysis over three years. JOEM 2003, 45: 283-288.
- 13- DÉCRET N° 94-352 DU 4 MAI 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques. Journal Officiel du Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle du 6 mai 1994 page 6620.
- 14- DÉCRET N° 2001-1016 DU 5 NOVEMBRE 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévu par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail.
- 15- ABITEBOUL D, FORESTIE-AUTER AF, DOMART M *et al.* Accidents avec exposition au sang – I: prise en charge des professionnels de santé. Le Concours Médical 2000; 122-7: 471-8.
- 16- ABITEBOUL D, FORESTIE-AUTER AF, DOMART M *et al.* Accidents avec exposition au sang – II: prise en charge des professionnels de santé. Le Concours Médical 2000; 122-8: 539-45.
- 17- LAVILLE MF. Surveillance des AES: A propos des derniers textes. T'hop 2001; 12: 27.
- 18- MARTIN F, KACEL M, POYEN D. Vaccination du personnel médical au CHR de Marseille. T'hop, juin 1998; 18-19.
- 19- TOUCHE S, BERLIE C, DOMART M, LEPRINCE A. Risques infectieux dans les laboratoires d'analyses médicales. Enquête d'évaluation et d'évolution des pratiques. DMT 2000; 83: 233-23.
- 20- LOT F, MIGUERES B, YAZDANPANAH Y, TARANTOLA A *et al.* Séro-conversions 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.