

CONTAMINATIONS

PROFESSIONNELLES VIH, VHB,
VHC CHEZ LES SOIGNANTS

LE POINT AU 31 DÉCEMBRE 2018

Surveillance des contaminations professionnelles chez les soignants en France

- **Surveillance mise en place en France par l'InVS, en lien avec le Geres** en 1991 pour le VIH, 1997 pour le VHC et 2005 pour le VHB
- **Sources d'information**
 - **médecins du travail des établissements de santé**
+ infectiologues, hépatologues, centres d'hémodialyse
+ déclarations obligatoires sida/VIH, signalement infections nosocomiales
- **Dernier bilan : 30 juin 2012**

Depuis 2017 : convention entre le GERES et Santé Publique France

- Surveillance des séroconversions professionnelles VIH, VHC et VHB transférée au GERES qui assure
 - mise en œuvre et l'analyse des données
 - en collaboration avec Santé Publique France
 - dans le strict respect de la confidentialité
- Les questionnaires disponibles en ligne

<http://www.geres.org/aes-et-risques/epidemiologie-du-risque-infectieux/>



LA SURVEILLANCE NATIONALE DES CONTAMINATIONS PROFESSIONNELLES PAR LE VIH, LE VHC ET LE VHB CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT

Cette surveillance a été transférée depuis le 1^{er} mai 2017 au GERES qui en assure la mise en œuvre et l'analyse des données, en collaboration avec Santé Publique France, dans le strict respect de la confidentialité.

Le dernier recensement a été fait en 2012 par Santé Publique France.

Si vous avez connaissance d'une contamination professionnelle par le VIH, le VHC ou le VHB après un AES, merci de la déclarer en utilisant les formulaires disponibles sur le site du GERES (<http://www.geres.org/aes-et-risques/epidemiologie-du-risque-infectieux/>)

Les formulaires sont à adresser sous pli confidentiel au :

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

Votre déclaration permettra de réaliser la mise à jour du bilan sur le nombre total de cas survenus en France en collaboration avec Santé Publique France et d'aider à la prévention et à la prise en charge des expositions accidentelles.

Sources d'information

- **Médecins du travail**
 - Réseau CRIHAN : 335 établissements de santé
 - ANMTPH, SFMT, Médecins de l'APHP
 - RST : Références en Santé au Travail – Publication INRS (5000 abonnés)
 - Site de l'INRS
- **Infectiologues, hépatologues**
 - Site de la SPILF + lettre aux infectiologues
 - SFLS
 - AFEF
 - COREVIH
- **Equipes d'hygiène via les CPIAS, Nosobase**

Sources d'information (2)

- **Les déclarations obligatoires VIH/sida** reçues à Santé publique France depuis le dernier point (4ème trimestre 2014) et jusqu'à fin 2018 : 23 concernent des professionnels de santé dont le mode de contamination est inconnu :
 - > 11 soignants originaires d'Afrique subsaharienne et déclarés comme contaminés dans leur pays d'origine.
 - > 10 professionnels de santé pour lesquels aucun lien avec la profession n'a été évoqué
 - > 2 cas avait été déclaré comme possiblement professionnel, mais après validation, mode de transmission non retenu par le clinicien

Contaminations professionnelles VIH chez le personnel de santé en France (31/12/18)

- **14 séroconversions documentées**

- 13 piqûres avec aiguille creuse (12 IDEs, 1 interne)
- 1 projection massive au visage (secouriste)
- 6 malgré une chimioprophylaxie (échec réel : 4)

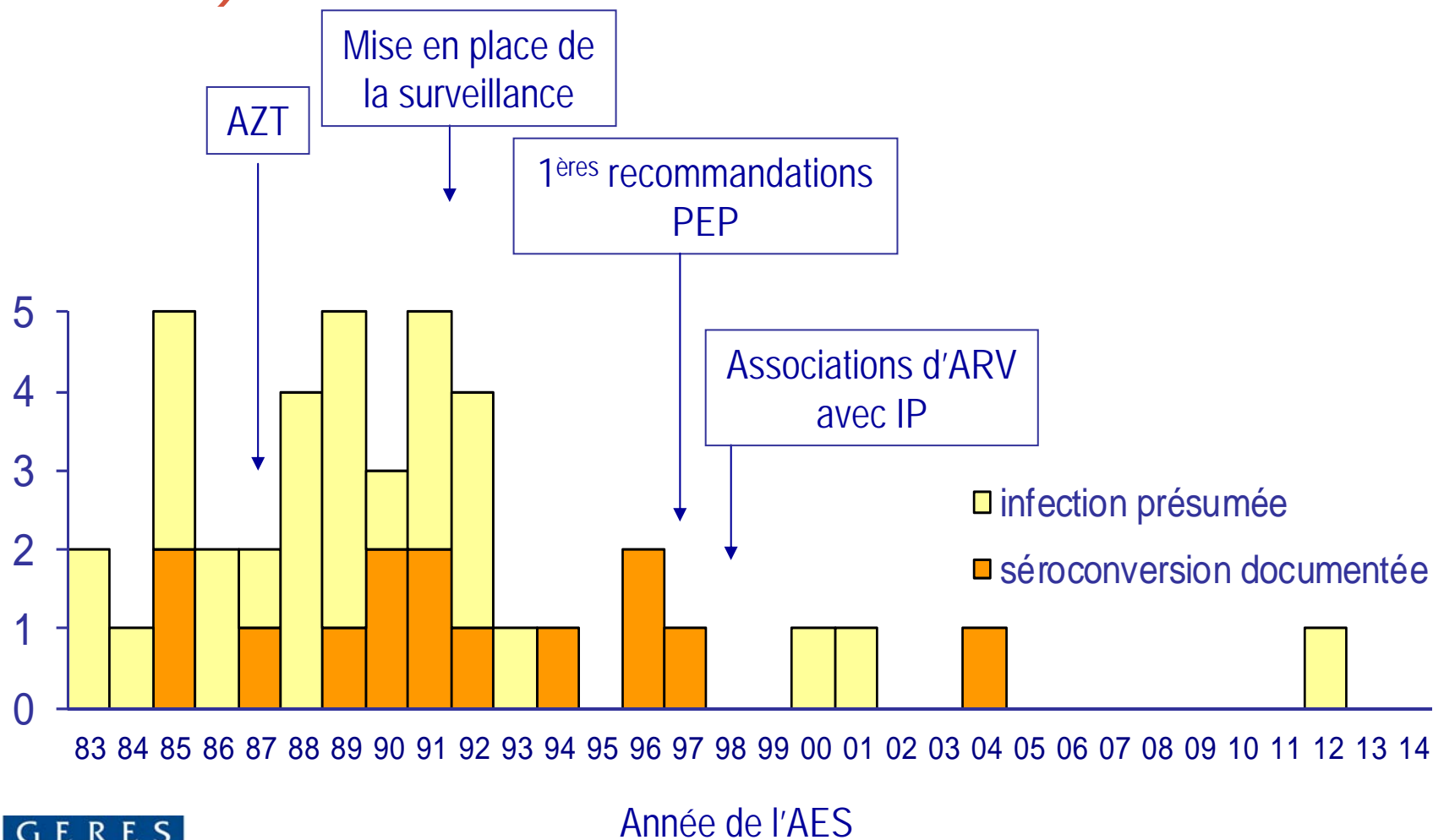
↳ **Au moins 8 accidents évitables par l'application des précautions standard**

- **35 infections présumées**

- 17 piqûres, 7 coupures, 3 contacts sanguins prolongés sur peau lésée (circonstances inconnues dans 8 cas)

↳ **Au moins 12 accidents évitables par l'application des précautions standard**

Contaminations professionnelles VIH chez le personnel de santé selon l'année de l'AES (31/12/18)



Contaminations professionnelles VHC chez le personnel de santé en France (31-12-18)

- **70 séroconversions VHC**

- 65 piqûres (dont 46 avec aiguilles intravasc, 9 SC, 2 IM, 2 pleines, 6 ?)
- 3 coupures
- 2 contact sur peau lésée

↳ **Au moins la moitié évitable par l'application des précautions standard**

- **+ 1 contamination notifiée en 2018**

Contamination professionnelle VHC d'un chirurgien orthopédique

- Août 2017 : hépatite C aigüe ictérique
 - AC anti-VHC : positifs; PCR = 6, 33 log
 - Arrêt de travail et mise sous traitement : Epclusa® 12 semaines
 - PCR négative à S8 et 12 semaines après l'arrêt du traitement
- Recherche d'un AES causal
 - Se souvient d'un AES survenu le 6/03/2017 au bloc opératoire : coupure profonde
 - J0 : sérologies négatives : VIH neg, VHC neg
 - Patient source : VIH neg, VHC neg ⇒ contrôle de la PCR demandée sur le tube de mars : négative

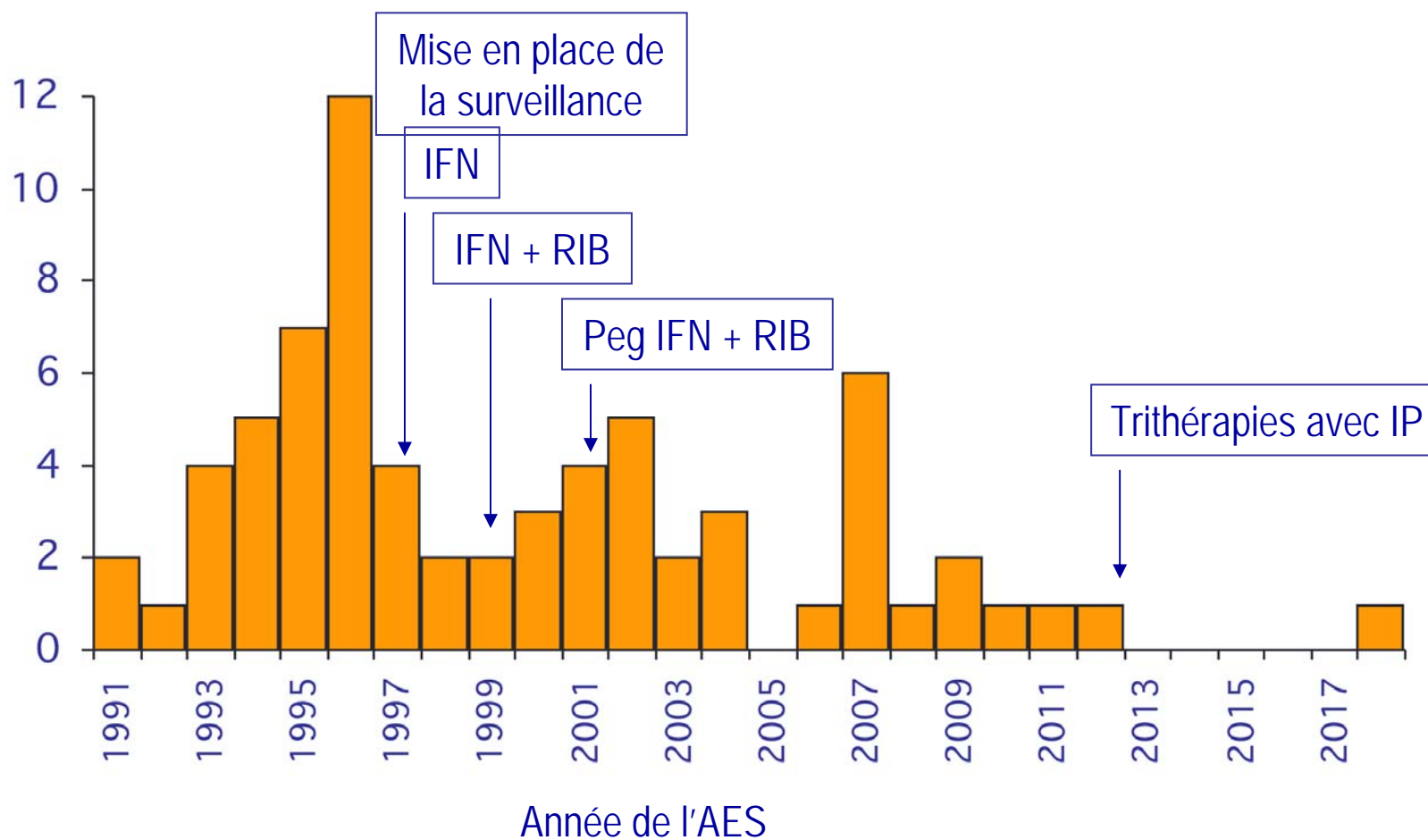
Contamination professionnelle VHC d'un chirurgien orthopédique (2)

- 100 patients opérés par le chirurgien entre sa dernière sérologie négative le 6/03/2017 et son arrêt de travail pour hépatite C
- Reconvocés : 90% ont pu avoir une sérologie VHC de contrôle
 - Aucun cas secondaire
 - SAUF une patiente VHC+

Contamination professionnelle VHC d'un chirurgien orthopédique (3)

- Une patiente VHC+
 - Opérée d'une prothèse de hanche le 10/07/2017
 - Positivité connue depuis 1998 jamais explorée, non signalée avant la chirurgie
 - PCR = 7,14 log
 - Intervention longue, hémorragique, avec fracture du trochanter nécessitant une ostéosynthèse : piqûres hautement probables et projections ++
 - Source de la contamination affirmée par
 - Génotype identique : 2B
 - Séquençage de la région NS5A assurant l'identité des deux virus

Contaminations VHC documentées chez le personnel de santé selon l'année de l'AES (31/12/18)



Et le VHB?

- **Aucun cas déclarés**

En conclusion

- Bilan provisoire : relance en cours
 - Aucune séroconversion VIH documentée depuis 2004
 - Un seul cas de contamination VHC déclaré depuis 2012
- ⇒ Même si sous-déclaration possible, le risque de contamination virale après AES est devenu très faible grâce :
- Prévention réduisant la fréquence des AES
 - Traitement post-exposition pour le VIH
 - Traitements des patients
 - VHC entraînant la guérison
 - VIH rendant la charge virale indétectable

Tableau 4 : Indications de TPE après exposition au sang (hors partage de matériel d'injection) ou liquide biologique

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source		
	Positif		Inconnu
	CV détectable	CV < 50 copies/ml	
Important : – piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE recommandé
Intermédiaire : – coupure avec bistouri – piqûre avec aiguille IM ou SC – piqûre avec aiguille pleine – exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 mn	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE non recommandé
Faible : – piqûres avec seringues abandonnées – crachats, morsures ou griffures, autres cas	TPE non recommandé		

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

Suivi VIH post-AES

Rapport Morlat 2017

- Si personne source VIH+ **avec charge virale** indétectable (<50 copies/ml) : pas de suivi
- Si personne source VIH+ ou de statut inconnu : suivi
 - Si TPE : 6 et 12 semaines
 - En l'absence de TPE, un seul prélèvement à 6 semaines suffit mais arrêté du 1/08/2007 prévoyant un 2eme prélèvement à 12 semaines toujours en ~~v~~ vigueur **nouvel arrêté à paraître**

Remerciements

A tous les médecins qui participent cette surveillance

**Les questionnaires de surveillance des contaminations professionnelles
sont disponibles sur le site du GERES**

<http://www.geres.org/aes-et-risques/epidemiologie-du-risque-infectieux/>