

2. Une amélioration de la prévention des AES au cours des soins invasifs et de leur prise en charge, notamment :

- un effort particulier doit être réalisé pour réduire la sous-déclaration des AES ;
- la conduite à tenir en cas d'AES doit faire l'objet d'un affichage systématique dans tous les blocs opératoires ;
- la mise en œuvre, dans le cadre de l'assurance qualité au bloc opératoire, des mesures de traçabilité (ordonnancement du programme opératoire, chronologie des événements, déclaration des AES...) doit permettre d'analyser les circonstances de l'AES et d'identifier un éventuel dysfonctionnement ;
- la médecine du travail doit être fortement impliquée dans le contrôle post-exposition, crucial pour dépister une primo-infection et éviter des contaminations secondaires.

3. Un dépistage obligatoire qui apporterait une fausse sécurité n'est pas recommandé (4). Cependant, le dépistage volontaire du VIH chez les soignants est fortement recommandé, en particulier chez ceux qui ont dans leur pratique des gestes à risque d'AES et de re-contact : ce dépistage doit être régulièrement effectué, en particulier en cas de conduite à risque non professionnelle.

De la même façon, chez les étudiants engagés dans une filière de santé un dépistage systématique n'est pas recommandé. Comme c'est le cas pour les professionnels en exercice, le dépistage volontaire est recommandé pour les futurs soignants susceptibles de pratiquer des gestes à risque d'AES et de re-contact. Cela permettra d'éviter que ne s'engagent vers des spécialités où l'on pratique des manœuvres à risque des étudiants porteurs du virus. Une aide à l'orientation pourra être fournie par la commission *ad hoc*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Note d'information DGS/SD5C/DHOS/E2 n° 2006-138 du 23 mars 2006 diffusant un avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section maladies transmissibles, relatif à la vaccination des nouveau-nés de mères porteuses du virus de l'hépatite B

NOR : SANP0630142C

Date d'application : immédiate.

Références :

- Articles R. 2122-1 à R. 2122-3 du code de la santé publique ;
Circulaire DGS/DHOS/SD 5C/E2 n° 2004-532 du 10 novembre 2004 relative au dépistage obligatoire au cours de la grossesse de l'antigène HBs du virus de l'hépatite B (VHB) et à la vaccination des nouveau-nés de femmes porteuses de l'antigène du virus de l'hépatite B.

Annexe : avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 20 janvier 2006.

Le directeur général de la santé, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour attribution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution]).

Vous trouverez ci-joint en annexe l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 20 janvier 2006 relatif à la vaccination des nouveau-nés de mères porteuses du virus de l'hépatite B.

Cet avis précise une conduite à tenir pour la prévention de l'hépatite B chez les nouveau-nés de mères porteuses du virus de l'hépatite B, à savoir la vaccination du nouveau-né contre l'hépatite B et l'administration d'immunoglobulines spécifiques anti-HBs le plus tôt possible après la naissance.

Cet avis vise à attirer l'attention des services pratiquant des accouchements et des pharmacies des établissements où sont situés ces services sur l'incertitude des données d'immunogénicité concernant le vaccin HBVAXPRO®. Les experts du comité technique des vaccinations et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France recommandent, en l'attente d'une décision de l'Agence européenne du médicament (EMA), de ne plus l'utiliser pour assurer la vaccination de ces nouveau-nés. Ce problème n'existe pas pour les autres vaccins anti-hépatite B disponibles en France dans cette indication.

Vous voudrez bien diffuser cet avis à tous les directeurs des établissements de santé publics et privés de votre département réalisant des accouchements, en leur demandant de le transmettre aux services de maternité et aux pharmacies de leurs établissements.

Le directeur général de la santé,
Pr D. HOUSSIN

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins,
J. CASTEX

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section maladies transmissibles, relatif à la vaccination des nouveau-nés de mère porteuse du virus de l'hépatite B

Séance du 20 janvier 2006

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France après concertation avec le Comité technique des vaccinations (CTV) et avec le Groupe des traitements anti-infectieux (GTA) de la commission d'AMM,

Considérant :

- que l'immunogénicité de la valence hépatite B du vaccin HEXAVAC® (1) apparaît comme variable et déclinante depuis plusieurs années ;
- que cette baisse de l'immunogénicité a mené les autorités européennes à suspendre l'autorisation de mise sur le marché de ce produit (2) ;
- que cette baisse de l'immunogénicité semble être en rapport avec le processus de fabrication ;
- que le vaccin HBVAXPRO® (3) est produit selon le même procédé que la valence hépatite B du vaccin HEXAVAC® ;
- que l'immunogénicité de ce vaccin peut être mise en doute, même si la présence d'autres valences combinées dans le vaccin HEXAVAC® ou l'association à d'autres vaccins peuvent avoir aggravé le phénomène ;
- que le vaccin HBVAXPRO® a pu être utilisé pour l'immunisation active des nouveau-nés de mère porteuse du virus de l'hépatite B ;
- que ce problème n'existe pas pour les autres vaccins anti-hépatite B disponibles en France dans cette indication,

Recommande :

- dans l'attente d'une décision qui ne peut être prise qu'au niveau européen, de surseoir, dans l'immédiat, à l'utilisation du vaccin HBVAXPRO® pour l'immunisation active des nouveau-nés de mère porteuse du virus de l'hépatite B ;

- d'utiliser pour cette immunisation active un des autres vaccins disponibles dans cette indication.

D'autre part, le CSHPF souhaite rappeler que la prévention de la transmission du virus de l'hépatite B de la mère à l'enfant repose sur le dépistage obligatoire de l'AgHBs lors de la grossesse, (4)(5) sur la vaccination et sur l'administration d'immunoglobulines spécifiques dès la naissance (voir tableau joint). L'efficacité de cette prévention doit être évaluée à partir de l'âge de 9 mois par une recherche d'Ag et d'Ac anti-HBs, au mieux un à quatre mois après la dernière dose vaccinale.

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

(1) HEXAVAC® : vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux acellulaire, poliomyélitique inactivé, de l'hépatite B (recombinant) et de l'*Haemophilus influenzae* type b conjugué, adjuvé.

(2) <http://www.emea.eu.int/pdfs/human/press/pr/29736905en.pdf> et décision de la Commission des Communautés européennes C (2005) 4544 du 17/XI/2005.

(3) HBVAXPRO® : vaccin de l'hépatite B recombinant.

(4) Articles R. 2122-1 à R. 2122-3 du code de la santé publique.

(5) Circulaire DGS/DHOS/SD 5C/E2 n° 2004-532 du 10 novembre 2004 relative au dépistage obligatoire au cours de la grossesse de l'antigène HBs du virus de l'hépatite B (VHB) et à la vaccination des nouveau-nés de femmes porteuses de l'antigène du virus de l'hépatite B.

Prévention de l'hépatite B chez les nouveau-nés à terme et prématurés

Terme/poids	MÈRE AgHBs -	MÈRE AgHBs +		STATUT HBs DE LA MÈRE INCONNU (1)	
	Indifférent	≤ 2 kg ou ≤ 32 semaines	> 2 kg > 32 semaines	≤ 2 kg ou ≤ 32 semaines	> 2 kg > 32 semaines
A la naissance (2)		1 ^{re} dose de vaccin (3) Immunoglobulines (4)	1 ^{re} dose de vaccin (3) Immunoglobulines (4)	1 ^{re} dose de vaccin (3) Immunoglobulines (4)	1 ^{re} dose de vaccin (3)
Dans la semaine					Immunoglobulines (4) si Ag HBs +
Schémas vaccinaux (mois de vie)	Se reporter au calendrier vaccinal	0 1 2 6	0 1 6	0 1 2 6	0 1 6
Contrôle Ag HBs et Ac anti-HBs au mieux 1 à 4 mois après la dernière dose de vaccin	Non	Oui	Oui	Uniquement si la mère était porteuse de l'AgHBs	

(1) Faire la recherche de l'Ag HBs le jour de l'accouchement.
 (2) A la naissance : veut dire le plus tôt possible, si possible dans les 12 premières heures et après la toilette de l'enfant.
 (3) Privilégier les vaccins Engerix B10® ou Genhévac B®.
 (4) Immunoglobulines spécifiques anti HBs (100 UI IM en un autre site que le vaccin).

Adapté à partir de :

Guide des vaccinations 2003, disponible sur le site www.sante.gouv.fr.

Saari TN, and the Committee on infectious Diseases. American Academy of Pediatrics. Immunization of Preterm and low Birth Weight Infants. Pediatrics 2003 ; 112 : 193-8.

Cohen R, Guérin N. Vaccination du prématuré. Médecine&Enfance 2006 ;26 :30-3.