

Rapport sur l'activité des professionnels de la santé contaminés (7 juillet 1992)

Par lettre du 9 janvier 1992, le D^r Catherine Patris, chef de la Division sida de la Direction générale de la santé, a souhaité recueillir l'avis du Conseil national du sida pour savoir s'il fallait envisager de restreindre l'activité des professionnels de la santé contaminés par le VIH et effectuant des gestes invasifs.

Le Conseil national du sida a entendu à ce sujet le D^r Louis René, Président du Conseil national de l'Ordre des Médecins, le D^r Anne Laporte, responsable de la cellule épidémiologique de la Division sida, ainsi que le D^r Bernard Gouaille, médecin coordonnateur du service central de médecine du travail à l'Assistance Publique.

L'avis qui précède, rendu au terme de délibérations lors des séances plénières du 16 mars, du 14 mai et du 12 juin 1992, est fondé sur les éléments suivants :

1. Mesure du risque

Toutes les mesures du risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine d'un professionnel de la santé (ou soignant) à un patient (ou soigné) soulignent que la probabilité de transmission est extrêmement faible. Selon le Center for Disease Control d'Atlanta, le risque de transmission d'un chirurgien séropositif à un patient pendant une procédure invasive est de 0,0024% - probabilité qui suppose une blessure du chirurgien pendant l'opération (2,5%), un contact entre la blessure du soignant et la plaie du soigné (32%), et l'infection lors de ce contact (0,3%).

Dans le cas de la transmission de soigné à soignant, on sait que la transmission du VIH est faible, parce que la concentration du virus est rarement suffisante pour entraîner une contamination. A titre d'exemple, on peut se reporter aux données concernant les expositions accidentelles au sang à l'A.P.- H.P. en 1990, qui indiquent que sur 1571 accidents avec exposition au sang, 397 ont comporté une exposition au VIH dont 2 ont entraîné une séroconversion. Pour 1991, les données provisoires sont comparables : 1597 accidents avec exposition au sang, 385 expositions au VIH, 1 séroconversion¹. Ces éléments viennent appuyer les calculs du Center for Disease Control d'Atlanta et les conclusions d'un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui notait en avril 1991 que « moins de 0,5% des professionnels de la santé en contact avec le sang d'un patient infecté par le VIH à la suite d'une piqûre ont été infectés par le virus. »²

Par comparaison, la transmission du VIH de professionnels de la santé infectés à des patients est extrêmement rare, même si elle n'est pas impossible. A l'heure actuelle, aucun cas de transmission n'a été relevé en France et, dans le monde entier, un seul cas de transmission est attesté : il s'agit de celui du dentiste de Floride, qui semble avoir contaminé cinq de ses patients. Encore faut-il souligner qu'en l'espèce le mode exact de transmission reste mystérieux, et que la transmission pourrait ne pas être accidentelle, auquel cas elle relèverait d'une procédure criminelle et non plus d'une réflexion sur la prévention de la transmission accidentelle. Depuis cette affaire dont il a été largement rendu compte dans la presse écrite et audiovisuelle, le Center for Disease Control a publié de nouvelles données : une étude récente portant sur 15 795 patients de 32 médecins et dentistes contaminés par le VIH n'a pas révélé un seul cas de transmission attestée de soignant à soigné³.

2. Les précautions universelles

Pour diminuer les risques de contamination, il convient de se donner les moyens de respecter et de respecter effectivement ce que l'on appelle les « précautions universelles », destinées à prévenir la transmission des infections transmises par le sang, et qui consistent notamment selon l'OMS « à se laver les mains, à manipuler avec soin les objets tranchants, à stériliser/désinfecter les instruments ou à les jeter après utilisation selon le cas, et à porter un équipement de protection personnel (par exemple des gants, un masque, une blouse ou un tablier et des lunettes selon l'acte auquel il est procédé) ».

¹ *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 50/1991, 16 décembre 1991, p. 217-219 ; et données non publiées, communiquées par le D^r Bernard GOUAILLE, médecin coordonnateur de la surveillance des accidents du travail avec exposition au sang, Service central de médecine du travail de l'A. P.-H. P.

² OMS, Programme mondial de lutte contre le SIDA, Rapport d'une consultation de l'OMS sur la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine et du virus de l'hépatite B en milieu médicalisé, Genève, 11-12 avril 1991, p. 1.

³ *International Herald Tribune*, 19 mai 1992.

Dans la mesure où n'existe aucun cas de transmission de soignant à soigné, on peut se référer *a fortiori* aux précautions recommandées pour éviter la transmission de soigné à soignant. L'enquête déjà citée portant sur les expositions au sang dans les hôpitaux de l'A.P. en 1990 indique que dans 76% des cas (1189/1564) l'exposition au sang se produit au cours de piqûres, dans 12% des cas (187/1564) lors de coupures, dans 5% des cas (82/1564) lors de projections sur muqueuses et dans 7% des cas (106/1564) lors des contacts avec la peau lésée. Selon cette enquête, si les mesures de précautions universelles avaient été respectées, plus de la moitié de ces accidents auraient pu être évités⁴.

Dans le cas de la transmission de soignant à soigné, le respect des précautions universelles devrait suffire à éviter toute contamination involontaire.

3. Responsabilisation des soignants

L'application rigoureuse des mesures d'hygiène universelle doit s'accompagner d'une responsabilisation accrue des soignants. Aux États-Unis, à la suite de l'affaire du dentiste de Floride, les autorités médicales américaines ont mis sur pied des comités d'experts devant lesquels doivent comparaître les acteurs de santé séropositifs, et le Sénat américain a voté un texte contraignant ces personnels de santé à informer leurs patients de leur statut sérologique.

En France, les Conseils de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, médecins et sages-femmes ont adopté une position commune d'hostilité à un dépistage obligatoire des acteurs de santé, de rappel des précautions universelles, et d'incitation à la responsabilisation des soignants.

Cette responsabilisation peut passer par une incitation à un dépistage volontaire et confidentiel.

Au contraire, il serait inutile et dangereux, au vu de cette nécessité de responsabilisation, de créer pour le VIH des procédures d'exception sur le modèle américain, alors qu'existe une disposition générale qui pourrait s'appliquer s'il en était besoin, l'article L. 460 du Code de la santé, qui attribue aux trois Conseils de l'Ordre le pouvoir, «dans le cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession», de décider une suspension temporaire du droit d'exercer.

4. Évaluation et contrôle

Les débats pour l'heure théoriques (en France tout au moins) sur la contamination de patients par des acteurs de santé doivent être replacés dans le contexte plus large des discussions en cours sur l'évaluation de la profession médicale.

Il convient notamment que soit évaluée régulièrement et de manière approfondie la manière dont sont appliquées les « précautions universelles » qui sont, comme le note l'OMS, « la pierre angulaire de la prévention des infections transmises par le sang ».

⁴ *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, op. cit., p. 219.