

L'épée de Damoclès des AES

Selon le rapport Yeni 2006, 41 276 accidents professionnels d'exposition au sang se produisent chaque année en France dans les établissements de santé. Certains portent ce nombre à 100 000. Pour le personnel soignant exposé, ce sont autant de risques de contamination, notamment par les hépatites et le VIH pour les plus inquiétants.

Un accident exposant au sang (AES) est défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang par effraction cutanée (piqûre, coupure) ou projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou une peau lésée – également appelé contact cutanéomuqueux. En 2002, le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin) évaluait la fréquence des AES à 6,9 pour cent lits d'hospitalisation. Dans plus de 70 % des cas, les AES concernent les paramédicaux (personnels infirmiers et aides-soignants, agents hospitaliers ou auxiliaires de puériculture) et surviennent lors d'une piqûre. Il s'agit le plus souvent d'un prélèvement (18 %) ou d'une injection (16 %). Mais dans 17 % des cas, il arrive hors de tout contact avec le patient, au moment du rangement, du nettoyage ou du transport de matériel.

En 2000, une recherche effectuée par les médecins du travail de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a permis de mettre en évidence certains facteurs favorisant un AES. Sur 1 050 accidents (soit 41 % des déclarations de l'année 2000), 383 sont survenus lors d'une prise en charge de patient amené en urgence, 512 dans un contexte de surcharge de travail, 253 du fait d'effectifs incomplets, 140 résultent du phénomène d'interruption itérative des tâches, 306 sont liés à la difficulté de l'abord veineux et 256 à l'agitation du malade. Ces facteurs peuvent s'additionner. « *C'est toujours un faisceau d'événements qui conduit à l'AES, commente Dominique Abiteboul, médecin du travail à l'hôpital Bichat-Claude-Bernard (Paris). On le constate lorsque les personnes viennent déclarer l'accident.* »

Or, malheureusement, une proportion mal estimée de soignants ne signale pas ses AES. « *Beaucoup de chirurgiens, lorsqu'ils connaissent la sérologie négative de leur patient ou*

qu'ils l'ont vérifiée après s'être piqués ne déclarent pas, explique Élisabeth Bouvet, infectiologue à Bichat-Claude-Bernard. *Les infirmières sont plus disciplinées, et n'osant pas faire le prélèvement elles-mêmes, déclarent davantage.* » Il semble cependant que le problème des sous-déclarations dans les établissements publics hospitaliers soit en voie de règlement : chaque service possède un registre des accidents bénins qui facilite la déclaration des AES. « *Car plus le circuit est compliqué moins vous aurez de déclarations* », résume Dominique Abiteboul.

Risque de séroconversion. Le risque de transmission du VIH après une exposition percutanée est de 0,32 % (et de 0,03 % après un contact cutanéomuqueux). À ce jour et depuis le début de l'épidémie, en France, 14 contaminations professionnelles ont été documentées et 34 sont seulement présumées¹. En effet, ces dernières ne réunissent pas, pour une exposition accidentelle précisément déclarée, un statut viral négatif entre les huit jours avant et quatre semaines après l'AES et une séroconversion entre quatre semaines et six mois après². Les infirmières remportent le triste palmarès des contaminations (12 sur 14 séroconversions documentées et 13 sur 34 infections présumées). Elles ont lieu le plus souvent lors de prélèvements sanguins – piqûre avec utilisation d'une aiguille creuse (notamment par voie intraveineuse), mais aussi au moment du rangement, du nettoyage ou du transport de déchets. Constat qui correspond à l'épidémiologie des accidents d'exposition au sang. La séropositivité du patient source était connue pour les 14 séroconversions déclarées, ce dernier était le plus souvent au stade sida (9 cas).

Le VHC se révèle davantage transmissible : selon les études, le risque de séroconversion après piqûre se situe entre 0,3 % et 10 %. Au 31 décembre 2005, pas moins de 55 séroconversions professionnelles au VHC avaient été recensées en France. La répartition professionnelle et par type d'AES est similaire à celle concernant le VIH. Par ailleurs, une virémie élevée du patient source et une blessure profonde sont également des facteurs de risque aggravant.

¹ Données de l'InVs au 31 décembre 2005.

² Il s'agit généralement d'AES non déclarés dans les délais ou non suivis selon les recommandations.

Enfin, le risque de transmission du virus de l'hépatite B varie entre 6 % et 45 % selon le stade de développement de l'infection chez le patient source. La surveillance des contaminations au VHB n'ayant été mise en place qu'en 2005, les statistiques concernant la transmission de cette infection au cours d'une exposition professionnelle ne sont pas encore connues. On dispose cependant de données relatives aux hépatites B déclarées en maladie professionnelle dans les années 1970. Plus de 700 cas ont été répertoriés selon l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) pour la prévention des accidents du travail.

Depuis 1997, on observe une raréfaction des contaminations professionnelles au VIH et au VHC. Seules trois séroconversions au VIH ont été enregistrées en neuf ans dont une seule est documentée : il s'agit d'un secouriste exposé à une projection massive de sang vers le visage et les yeux lors de la prise en charge d'un patient séropositif. Cette diminution est probablement due aux traitements dont bénéficient les malades (avec une charge virale moins élevée, leur sang est moins contaminant), aux précautions de sécurité de plus en plus diffusées et respectées dans les services, et à l'usage du traitement prophylactique postexposition.

Précautions universelles. En effet, de nombreuses dispositions ont été mises en place pour prévenir les séroconversions du personnel de soin. La première d'entre elles est la vaccination contre l'hépatite B. Simplement recommandée aux personnels soignants depuis 1982, elle a été rendue obligatoire par la loi du 18 janvier 1991. Dans son sillage, la prévention des AES s'est beaucoup développée avec l'apparition du sida. Le concept de « précautions universelles » – à partir de 1996, on parlera de « précautions standard » – est apparu aux États-Unis en 1987. L'idée était d'inclure systématiquement des règles d'hygiène de base dans les méthodes de travail quelle que soit la connaissance du statut sérologique du patient. Dans leur version actualisée par la circulaire du 20 avril 1998³, elles comprennent notamment le lavage systématique des mains avant et après chaque patient, le port de gants pour tout contact avec du sang, des produits biologiques, des plaies, des muqueuses ou du matériel souillé, l'élimination immédiate des aiguilles et autres instruments piquants ou coupants dans un conteneur spécial, non perforable, l'interdiction de recapuchonner une aiguille ou encore le recours au matériel à usage unique à chaque fois que possible.

En parallèle, et logiquement, le matériel sécurisé s'est beaucoup développé depuis une quinzaine d'années. Les études épidémiologiques conduites sur les AES ont permis d'identifier les gestes les plus risqués.

³ **Circulaire DGS/DH n° 98/249 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.**

Les fabricants se sont concentrés sur la conception de seringues, cathéters, chambres implantables⁴ et autres aiguilles à sutures. L'évolution technique des dispositifs inclus sur les seringues a accompagné cette prise de conscience réglementaire. Après la mise en sécurité de la partie vulnérante à deux mains – puis unimanuelle – la rétraction à activation semi-automatique a pris son essor pour aboutir finalement à une sécurité totalement passive. Les collecteurs pour l'élimination des objets perforants ou tranchants se sont répandus dans les services, ainsi que les équipements de protection individuelle (gants, masque, casaque ou lunettes). Bien que ne pouvant éviter la perforation par une aiguille ou un objet tranchant, l'emploi du double gantage réduit l'*inoculum*⁵ sanguin du patient par essuyage du volume sanguin transféré lors d'un AES. Le gant externe permettrait d'éviter environ 60 % des perforations de la couche interne et 20 % des AES. Cette superposition de gants réduit également le risque de passage sanguin dû à leur porosité et celui d'une transmission du soignant au soigné lors d'un AES.

Il est difficile de mesurer l'impact spécifique de ces différents matériels, leur introduction dans un établissement étant généralement accompagnée d'une campagne d'information sur les risques et de formation à la prévention. Néanmoins, le Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants (Geres) a montré que l'utilisation de cathéters, de systèmes à ailettes et de corps de pompes sécurisés divise par trois le nombre de piqûres constatées. D'après une étude réalisée dans des établissements de l'AP-HP entre 1990 et 2000, le nombre total d'AES par infirmière et par an est passé de 0,43 à 0,11. Le Geres a d'ailleurs élaboré un guide des matériels de sécurité, accessible en ligne, qui les répertorie et les classe par geste. Il n'en reste pas moins que 20 % des AES surviennent actuellement malgré l'utilisation de tels matériels. Soit que la sécurité n'ait pas été activée, soit que son activation manuelle laisse subsister un risque. « *Plus le geste d'activation est simple, plus sûr est le dispositif* », observe Dominique Abiteboul.

Protéger le personnel. De plus, un décret du 4 mai 1994⁶ rend désormais l'employeur responsable de la protection du personnel à l'égard des risques biologiques. Outre la vaccination et le respect des précautions générales d'hygiène, il est tenu d'assurer la formation à la sécurité des soignants, ainsi que de mettre à disposition le matériel adapté et d'organiser un dispositif de prise en charge des AES dans son établissement. Cette prise en charge consiste en l'application de mesures de désinfection et de rinçage de la blessure ou partie exposée, la consultation d'un médecin référent, l'éven-

⁴ **Dispositif qui permet un accès vasculaire de gros calibre.**

⁵ **Quantité de sang et/ou de liquide biologique transmise lors d'un AES.**

⁶ **Décret n° 94-352 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques et modifiant le code du travail.**

tuelle prescription d'un traitement antirétroviral et l'instauration d'un suivi avec les examens biologiques nécessaires. Si aucune prophylaxie n'existe contre le VHC et si celle contre le VHB est rarement appliquée au regard de l'obligation de vaccination, le traitement postexposition professionnelle contre le VIH est l'objet d'un consensus large en France : ses conditions de prescription sont encadrées par la circulaire du 2 avril 2003⁷. « On est à peu près d'accord sur l'emploi d'une trithérapie à base de deux inhibiteurs nucléosidiques et d'une antiprotéase afin de réunir le maximum de chances d'aboutir à un traitement actif sur le VIH », résume Élisabeth Bouvet. Pourtant, la pratique ne s'appuie que sur une seule étude de cas chez l'homme et quelques études chez l'animal qui montrent qu'au-delà de 12 heures, la prescription perd de son efficacité et que la protection est moindre si l'administration du traitement ne dépasse pas dix jours. « Ces preuves ne sont pas très solides, mais montrent quand même 80 % de protection, explique Élisabeth Bouvet. Il n'y aura pas d'autre étude menée chez l'homme. Et ce pour des raisons éthiques. Et puis, au vu du risque de transmission de 0,3 % par AES, il faudrait enrôler plus de 10 000 personnes dans l'essai ! »

Cette approche multifactorielle de la prévention des AES semble donner de bons résultats dans les établissements où elle est appliquée. À Bichat, elle a permis de réduire de moitié la survenue des AES déclarés dans l'établissement entre 1994 et 2002. Dans le même temps, la part des piqûres et coupures profondes était diminuée d'autant dans l'ensemble des accidents déclarés. « À présent, on se rapproche d'un noyau dur sur lequel il sera difficile d'agir compte tenu des conditions de travail, suggère Dominique Abiteboul. Les professionnels connaissent les risques et savent comment les prévenir, mais dans l'urgence, confrontés au turnover des professionnels et à la surcharge de travail, l'accident arrive. »

⁷ Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS/SD6 A n° 2003-165 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.

CONTACTS

Dominique Abiteboul
dominique.abiteboul@bch.aphp.fr

Élisabeth Bouvet
elisabeth.bouvet@bch.aphp.fr

Geres
www.geres.org

Témoignages de soignants

Jacques est infirmier. Il a déclaré un accident d'exposition au sang au service de médecine du travail en décembre 2005.

« Je me suis piqué en recapuchonnant l'aiguille d'une seringue après un prélèvement veineux sur un patient dont je connaissais la séropositivité au VIH. Ce jour-là, nous avions une charge de travail particulièrement lourde. Mais j'en ai tout de suite parlé au cadre de mon service et je me suis rendu aux urgences de l'établissement afin de rencontrer le médecin référent en matière d'AES. Après avoir examiné la situation, il a très rapidement décidé de me mettre sous antirétroviraux. J'ai vécu cette situation de façon ambivalente. D'un côté, il y avait l'angoisse, partagée avec mon épouse. Ce risque qui planait au-dessus de ma tête. Le traitement a duré un mois : j'ai eu droit aux diarrhées, à la fatigue et aux maux de tête¹. De l'autre, je savais que le risque de transmission était limité et que la prophylaxie par ARV était reconnue. Tout s'est finalement bien terminé puisque je n'ai pas fait de séroconversion. »

¹ Les effets secondaires des antirétroviraux semblent plus fréquents chez les personnes dont le système immunitaire est préservé.



© Roger Viollet

Évelyne est infirmière. Contaminée par le VHC au milieu des années 1990, elle a dû batailler pour la reconnaissance de sa maladie professionnelle.

« J'ai eu beaucoup de mal à faire reconnaître ma maladie. En tant qu'agent du secteur public, mon dossier a été examiné par la commission de réforme départementale qui rend un avis sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie. À l'époque, on ne connaissait pas encore tous les symptômes de l'hépatite C ni les effets secondaires des traitements que l'on commençait tout juste à administrer. Mes souffrances ont été mal évaluées. Et puis je ne pouvais pas apporter la preuve d'une exposition précise, puisque j'ai été diagnostiquée déjà malade. J'ai dû faire intervenir des experts après que mon dossier a été rejeté une première fois. Ces démarches administratives m'ont beaucoup affectée. Évidemment, cela s'est nettement amélioré aujourd'hui. Les protocoles d'alors étaient moins précis, le diagnostic de l'infection était plus compliqué et la connaissance du risque moindre, même si je déclarais toujours mes AES. »

Françoise est sage-femme. Atteinte par le VHC, elle a choisi de changer de poste pour ne pas risquer de contaminer un patient.

« Lorsque je suis revenue au travail après avoir été traitée pour mon hépatite C, j'ai suivi une psychothérapie. Je n'acceptais pas l'idée d'être à la fois malade et soignante. Il m'était intolérable de devoir interrompre mon travail pour me soigner. Et puis, éthiquement, je ne voulais pas rester en salle de naissance en étant séropositive au VHC. Je n'imaginai pas assister un accouchement et m'occuper d'un nouveau-né à qui je risquais de transmettre ce virus. Pour moi, le risque était trop grand. Pourtant, Dieu sait que j'adorais mon métier et qu'il m'en a coûté de l'arrêter. En plus, j'ai dû me battre pour cela. Le médecin du travail m'avait recommandée pour un poste aménagé, sans travail de nuit et en mi-temps thérapeutique. Mais le lendemain de mon retour, j'étais de nouveau affectée à la salle de naissance. Il m'a fallu argumenter, présenter le cas d'un chirurgien séropositif au VHC ayant contaminé ses patients, réunir une bibliographie. Dans un premier temps, j'ai obtenu de m'occuper des consultations. Ensuite, on m'a proposé un poste en service d'hygiène tout en conservant mon statut de sage-femme. »

« Le préjudice est largement indemnisé »

*Juriste spécialisé en droit de la santé,
Thierry Casagrande fait le bilan
de la jurisprudence actuelle en matière
d'indemnisation et de responsabilité
de l'employeur.*

Quelles sont les démarches à effectuer afin d'obtenir la reconnaissance juridique d'une contamination en milieu professionnel ?

Juridiquement, une contamination consécutive à un accident d'exposition au sang est considérée comme un accident du travail ou un accident de service (dans le secteur public), voire comme une maladie professionnelle. Les règles applicables varient en fonction du statut de la victime (agent hospitalier, salarié du privé ou praticien libéral) et de la procédure de reconnaissance employée. La reconnaissance d'une contamination par le VHC ou le VHB en tant que maladie professionnelle est plus facile à obtenir qu'en tant qu'accident du

travail. Ce dernier cas implique entre autres que la déclaration de l'accident soit faite dans des délais précis, avec présentation de témoin. La démarche est plus lourde [NDLR : le VIH ne figure pas au tableau des maladies professionnelles].

Quelle est la tendance actuelle en ce qui concerne l'indemnisation ?

Différents types de règles et de procédures existent, mais globalement les mêmes solutions sont retenues. La jurisprudence actuelle penche pour une indemnisation de la victime d'un accident d'exposition au sang et la prise en charge des conséquences financières directes de l'accident. Depuis le début des années 2000, le préjudice est largement indemnisé. Un arrêt de 2003 a ainsi autorisé une indemnisation complémentaire pour la réparation du préjudice personnel subi au-delà de l'atteinte à l'intégrité physique. En fait, depuis les décisions concernant les victimes d'une exposition à l'amiante, la Cour de cassation a amélioré les indemnisations d'accidents du travail.