

# **LES RISQUES A L'HOPITAL POUR LES PROFESSIONNELS : ROLE DU MEDECIN DU TRAVAIL**

**Dr Françoise MARTIN – PH Service de Santé au  
Travail**

**DU Hygiène Hospitalière et Gestion de la Contagion - 15 octobre 2018**

# MEDECIN DU TRAVAIL

- **Conseiller** auprès des agents, employeurs, CHSCT :
  - \* amélioration des **conditions de travail / sécurité**
  - \* **hygiène** générale de l'établissement, locaux de travail
  - \* **prévention** et **éducation sanitaire** en rapport avec l'activité professionnelle
  - \* **aménagement / adaptation postes de travail, horaires**
- Rôle **exclusivement préventif** vis-à-vis des AT et MP :
  - **activité médicale**
  - **études des postes de travail**

# LES TYPES DE RISQUES

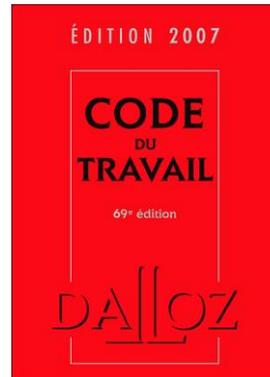
- **Risques biologiques**
- Risques physiques
- Risques psycho-sociaux
- Risques chimiques



**RISQUE BIOLOGIQUE**

# RISQUE BIOLOGIQUE

- **Contamination cutanée et trans-cutanée :**
  - \* trans-cutanée : **AEV +++**
  - \* cutanée : **ex gale...**
- **Contamination aérienne :**
  - \* **tuberculose, grippe, méningocoque, pneumocoque**
  - \* **maladies infantiles : rougeole, rubéole, coqueluche, oreillons, varicelle ...**
- **Contamination digestive :**
  - \* **Hépatite A, TIAC, CMV**



# **CADRE REGLEMENTAIRE**

*Décret n°94-352 du 4 mai 1994*

- **Définition et classification des agents biologiques  $\Rightarrow$  règles de manipulation et de confinement adaptées**
- **Evaluation pratique du risque infectieux : études des postes de travail**
- **Prévention : consignes de sécurité, moyens de protection collective et individuelle**
- **Formation et information des personnels – Instructions écrites**
- **Surveillance médicale renforcée pour agents bio. des groupes 3 et 4**

# CLASSIFICATION AGENTS BIOLOGIQUES

*Arrêté du 18 juillet 1994 modifié / Art. R 4421-3 du CT : classification des agents bio. selon leur pathogénicité (pas de liste pour groupe 1)*

**Ne tient pas compte des autres risques biologiques :**

- **Immunoallergiques** : allergies cutanées et/ou pulm. par moisissures, bactéries actinomycètes...
- **Toxiniques** : ex endotoxines dans paroi des bactéries Gram -, mycotoxines
- **Cancérogènes** : ex groupe 1 du CIRC (cancérogènes avérés) : H. pylori, Epstein Barr, VHB, VHC, herpès du Kaposi...

	<b>Pathogén. chez l'H</b>	<b>Danger pour les travailleurs</b>	<b>Propagation dans collectivité</b>	<b>Prophyl. ou trt efficaces</b>
<b>Groupe I</b>	<b>Non</b>	-	-	-
<b>Groupe II</b> VHA, influenzae, herpès, N. meningitidis, S. paratyphi...	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Possible</b>	<b>Oui</b>
<b>Groupe III</b> VHB, VHC, VIH, M. tuberculosis, Brucella...	<b>Maladie grave possible</b>	<b>Danger sérieux possible</b>	<b>Possible</b>	<b>Oui</b>
<b>Groupe IV</b> V. fièvres hémorragiques	<b>Maladie grave</b>	<b>Danger sérieux</b>	<b>Elevée</b>	<b>Non</b>



# **ACCIDENTS D'EXPOSITION AUX VIRUS (AEV)**

**1 cause très fréquente d'AT en  
milieu de soins**

# **DEFINITION**

**Tout contact avec du sang ou un liquide bio. contenant du sang, et comportant soit une effraction cutanée (piqûre, coupure...), soit une projection sur une muqueuse ou sur une peau lésée**

**Assimilés aux AEV : accidents survenus dans les mêmes circonstances avec d'autres liquides bio. considérés comme contaminants (LCR, liquide pleural, sécrétions génitales...)**



**3 virus en cause : V. hépatite B  
V. hépatite C  
VIH**

(virus fièvres hémorragiques, palu., syphilis)

# RISQUES DE TRANSMISSION AU SOIGNANT

Virus	Exposition percutanée	Exposition cutanéomuqueuse	
	Taux de séroconversion		<b>Ordre de grandeur pour se rappeler !</b>
<b>VHB</b>	<b>6 à 40%</b> (max. si patient source AgHBe+ et virémique)	Non quantifié	<b>VHB 30 %</b>
<b>VHC</b>	<b>0,5 % à 3%</b>	NQ	<b>VHC 3%</b>
<b>VIH</b>	0,32% (si absence de trt ARV chez personne source)	0,04%	<b>VIH 0,3%</b>

Risque max. si : **CV élevée chez personne source**, et **plaie profonde par aiguille creuse de gros calibre** contenant du **sang frais**

# CIRCONSTANCES DE SURVENUE

- **Prélèvements sanguins** : hémocultures, gazométrie...  
**Perfusions**  
Injections et interventions sur **chambres implantées**  
**Injections IM, SC**
- **Intervention chirurgicale**
- **Ramassage ou nettoyage instruments chirurgicaux ou dentaires**
- **Elimination matériels souillés** : aiguilles, bistouris, tubes de sang... dans poubelle, plateau, champ opératoire...



**Recapuchonnage des aiguilles / désadaptation**

# RISQUE SELON LA NATURE DU LIQUIDE BIOLOGIQUE

	<b>Prouvé</b>	<b>Discuté</b>	<b>Nul</b>
<b>VIH</b>	Sang, liquides biologiques contenant du sang, liquide pleural, amniotique, LCR, sperme, sécrétions vaginales		Urines, selles, larmes, salive
<b>VHB</b>	Sang, liquides biologiques contenant du sang, sperme, sécrétions vaginales	Salive?	Urines, selles
<b>VHC</b>	Sang, liquides biologiques contenant du sang	Sperme, sécrétions vaginales	Urines, selles, larmes, salive

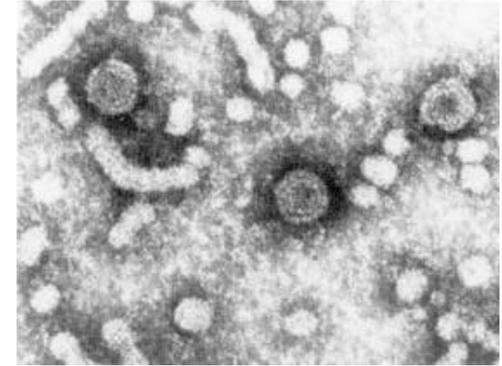
# **DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES**



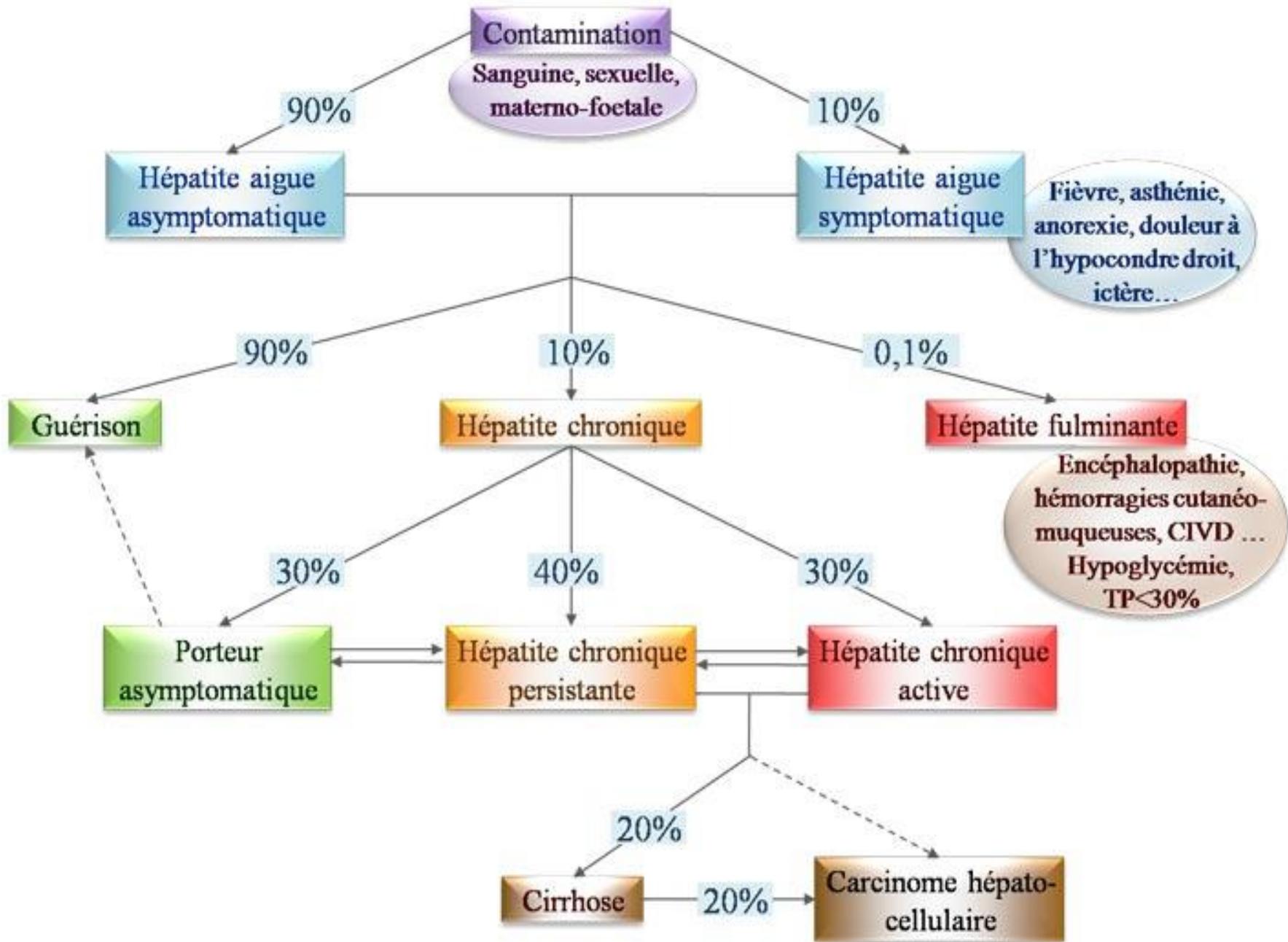
# EPIDEMIOLOGIE (1)

- 3 zones de prévalence différentes dans le monde :
  - **Haute endémicité** (prévalence AgHBs = **8 à 20 %**) : Afrique subsaharienne, Asie du SE, Chine méridionale, bassin amazonien
  - **Moyenne endémicité** (**2 à 7 %**) : Proche Orient, Amérique centrale et du sud, Asie centrale, sous-continent indien, certains pays de l'Europe du sud et de l'est
  - **Faible endémicité** (**<2 %**) : essentiellement pays industrialisés (Europe de l'ouest et du nord, Amérique du nord, Australie)
- France métropolitaine : **VHB chronique = < 1% de la population**
- Populations les plus touchées
  - **DOM** (Mayotte, Guyane, Guadeloupe) et l'**Île-de-France**
  - **Migrants** originaires de zones de forte et moyenne endémie

## EPIDEMIOLOGIE (2)



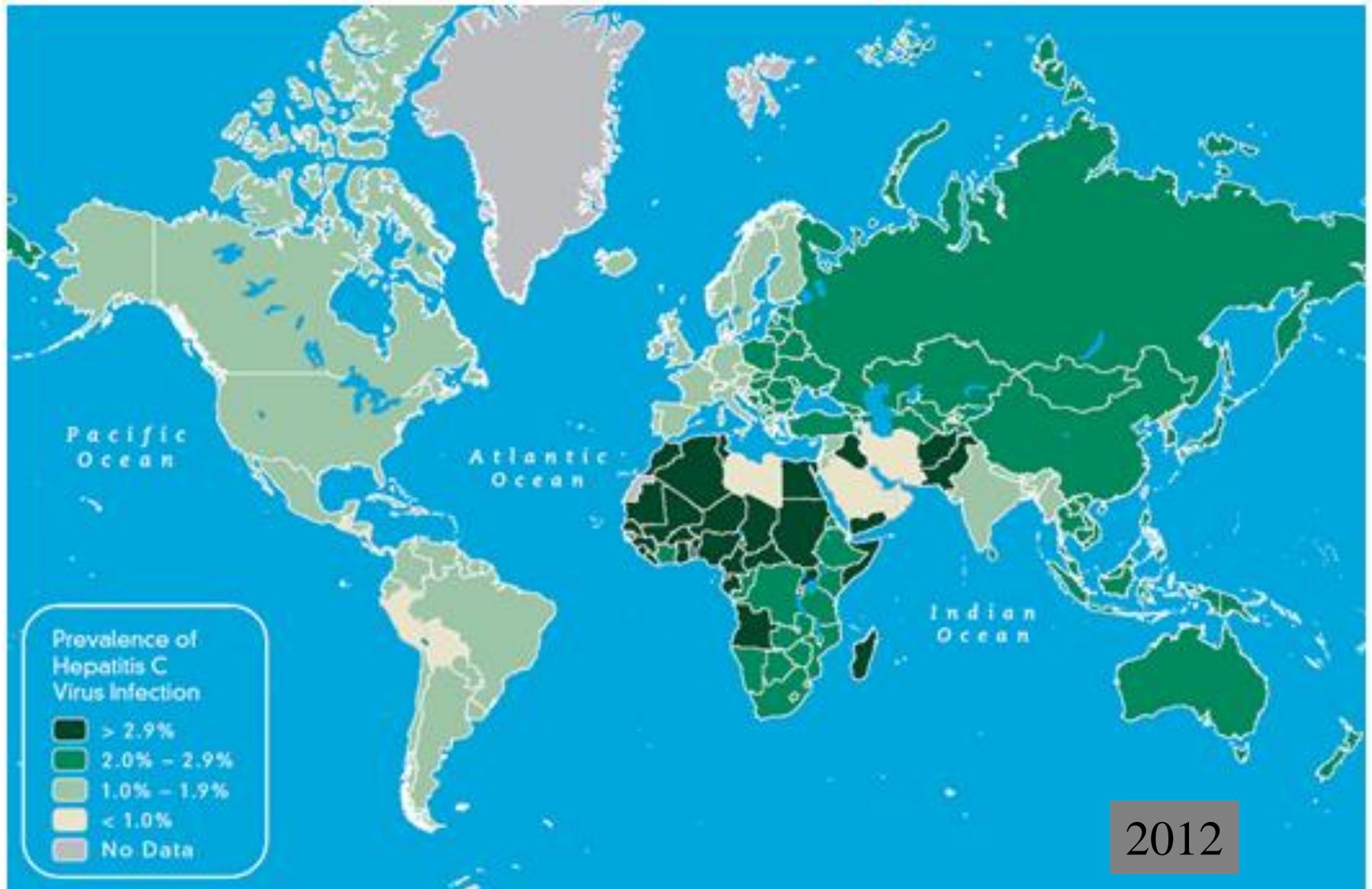
- **2 milliards** de sujets ayant été infectés dans le monde / **environ 700 000 décès / an (1500 en France)**
- **Porteurs chroniques : 240 millions dans le monde /  $\approx$  300 000 en France**
- **VHB : 100 fois plus contagieux que VIH**  
**80% des cancers du foie, 2ème carcinogène après le tabac**  
**Forme chronique : 10%**
- **Gravité liée aux complications : hépatite fulminante**  
**cirrhose**  
**hépatocarcinome**



# **VOIES DE TRANSMISSION**

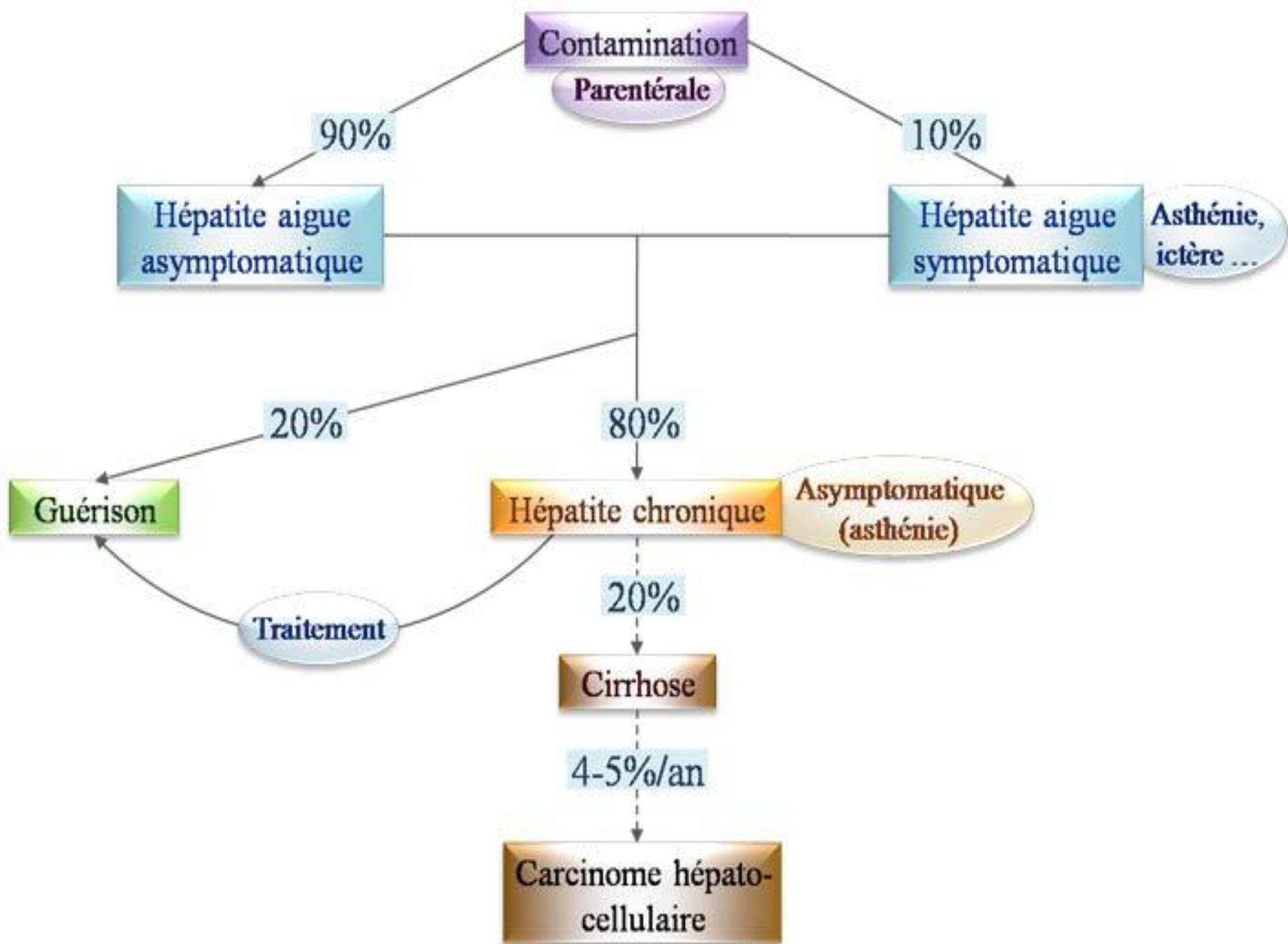
- **SANGUINE** : transfusion, expo. professionnelle, toxico. IV...
- **SEXUELLE** : hépatite B = MST
- **PERINATALE**
- **HORIZONTALE**

# HEPATITE C



# EPIDEMIOLOGIE

- **170 millions de personnes dans le monde** touchées par le VHC
- En France métropolitaine (*Santé Publique France, juin 2017*) : infection chronique chez  $\approx 193\ 000$  personnes soit **0,42 % de la population**
- Populations les plus touchées :
  - **Usagers de drogues (UD)** : infection par VHC au cours de la vie chez 44 % des UD, **65 % des UD par voie injectable (UDI) et 90 % des UDI russophones**
  - **Provence Alpes Côte d'Azur, Île-de-France et Occitanie**
- Chronicité : **50 à 80%**
- Modification importante de la prise en charge depuis antiviraux à action directe : 20 300 patients guéris sur 22 600 patients traités entre 2014 et 2015



# VOIES DE TRANSMISSION

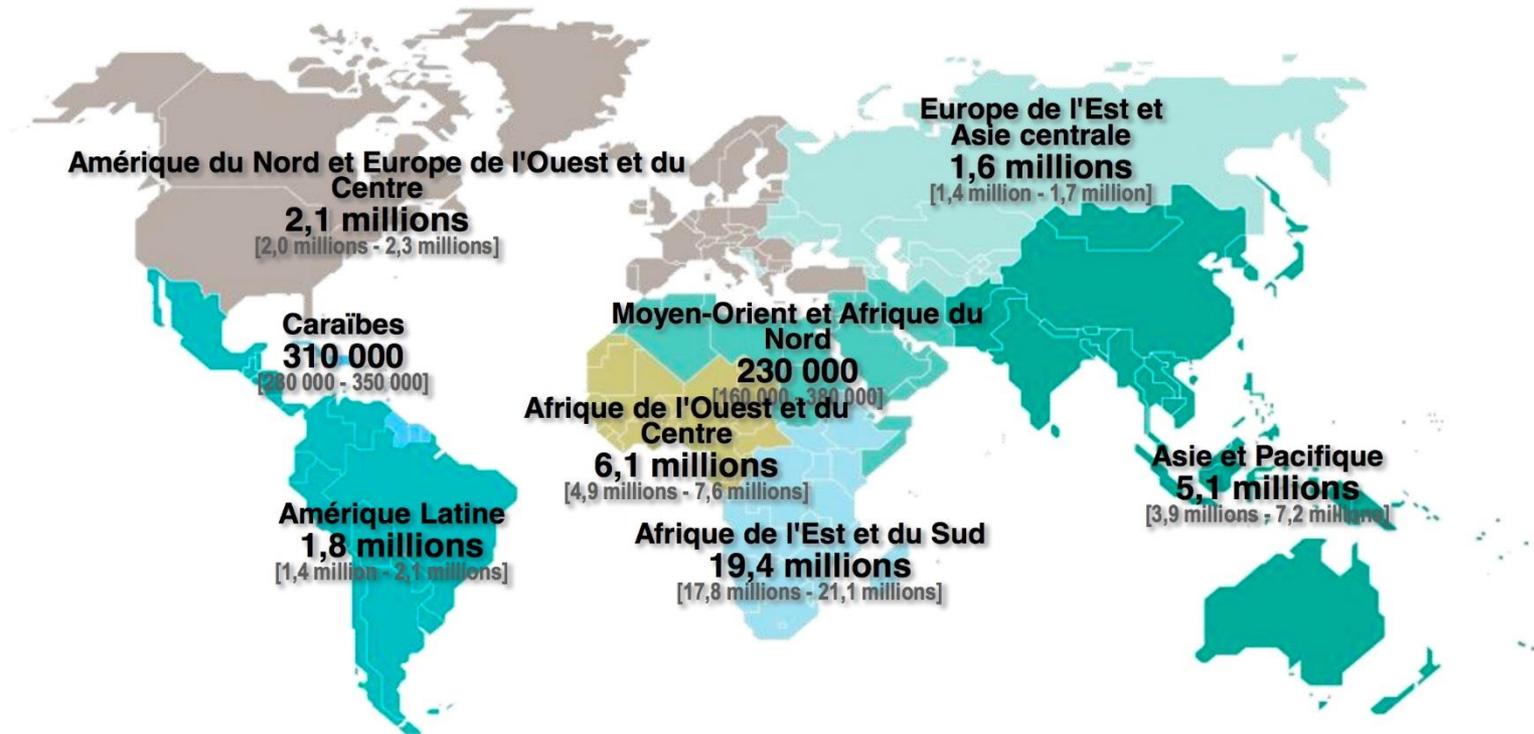
**PARENTERALE +++: transfusion** | **60 à**  
**toxicomanie IV ou nasale** | **70%**

**SEXUELLE : faible < 5%** Favorisée par co-infection VIH

**MATERNO-INFANTILE : faible < 3%** Favorisée par co-infection  
VIH

**NOSOCOMIALE : endoscopie (pinces à biopsies...)**  
hémodialyse

# VIH



**Total : 36,7 millions** [30,8 millions - 42,9 millions]

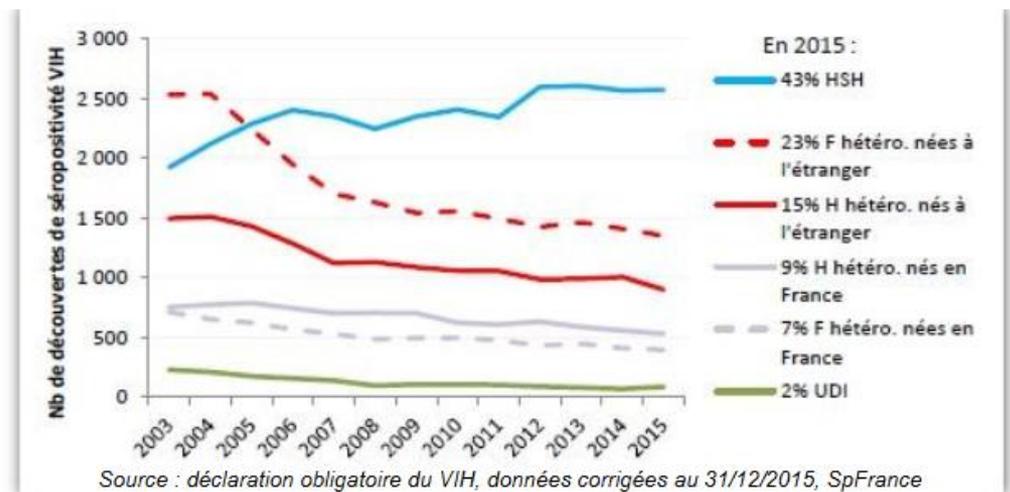
2016

# SIDA

- Dans le monde : 36,7 millions de personnes vivent avec le VIH
- En France :
  - Près de **6000 personnes / an découvrent leur séropositivité**
  - Pas de diminution du nombre de nouvelles infections
  - **153 000 personnes porteuses du VIH...** dont  $\approx$  25000 qui l'ignorent
- **PACA : 2<sup>ème</sup> région la + touchée en France métropolitaine après IDF**

Découvertes de séropositivité  
VIH en France (2003-2015)

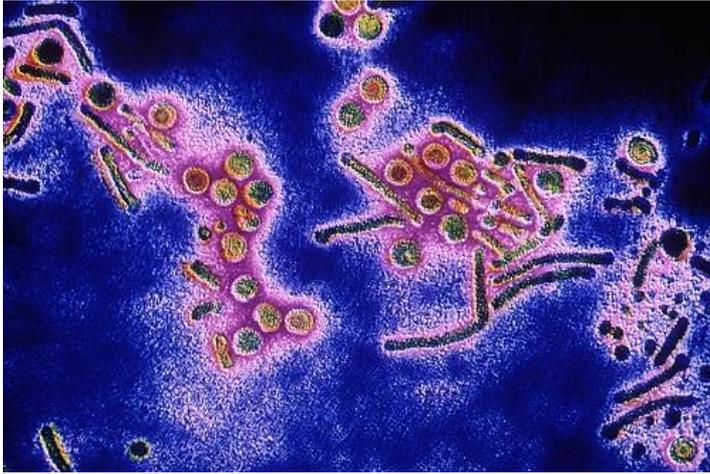
Source : COREVIH paca  
Epidemiologie dec 2016



**CONTAMINATIONS  
PROFESSIONNELLES PAR  
VHB, VHC, VIH EN FRANCE**

- **VIH : 14 séroconversions documentées** (12 IDE, 1 interne médecine, 1 secouriste) et 35 présumées depuis 1991. Dernière séroconversion rapportée en 2004
- **VHC : 70 séroconversions documentées** depuis 1997, la dernière rapportée en 2012
- **VHB : aucune depuis 2005** (année de mise en place de cette surveillance)  
**Mais plusieurs centaines de cas / an avant l'obligation vaccinale**

*Source : Lot F. Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé. Situation au 30 juin 2012. InvS / cité par Santé Publique France, 2017 / Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français Réseau AES-Raisin, France – Résultats 2015*



# **HEPATITES VIRALES PROFESSIONNELLES**

- *Données CNAM c/o professionnels de santé :*
  - \* **en 1975 : 740 cas**
  - \* **en 1980 : # 500 cas**
  - \* **en 1995 : 31 cas**
  - \* **aucune séroconversion VHB depuis 2005**

| surtout **VHB**

- *AP-HP :*
  - \* **années 1970 : 180 à 230 cas / an d'hépatites virales à traduction clinique, chez personnels paramédicaux**
  - \* **années 1990 : 10 cas / an**

- **Avènement vaccination au début des années 1980**
- **Obligation vaccinale depuis loi du 18 janvier 1991**

# **PRISE EN CHARGE D'UNE VICTIME D'AEV PROFESSIONNEL**

# EN AMONT : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DANS CHAQUE UNITE DE SOIN

- **Chaque unité de soins doit disposer d'un protocole décrivant :**
  - Soins immédiats
  - Prélèvements nécessaires à court terme
  - Modalités pratiques de prise en charge et traitement
    - Qui consulter ?
    - Où ?
    - Dans quels délais ?
  - Modalités de déclaration AT
  - Modalités de surveillance
- Les personnels doivent être informés de cette procédure  
*Cf affiche du GERES ci-jointe*

# Conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à des produits biologiques

notice à afficher et à remettre au personnel lors d'un accident

## 1 Premiers soins à faire d'urgence



### PIQÛRES ET BLESSURES :

- ◆ Ne pas faire saigner.
- ◆ Nettoyage immédiat de la zone cutanée lésée à l'eau et au savon puis rinçage.
- ◆ Antiseptie avec dérivé chloré (Dakin ou eau de Javel à 2,6% de chlore actif diluée au 1/5), ou polyvidone iodée en solution dermique ou à défaut, alcool à 70° (au moins 5 minutes).

### CONTACT DIRECT DU LIQUIDE BIOLOGIQUE SUR PEAU LÉSÉE :

- ◆ Mêmes protocoles de nettoyage et d'antiseptie de la zone atteinte que précédemment.

### PROJECTION SUR MUQUEUSES ET YEUX :

- ◆ Rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique (au moins 5 minutes).

## 2 Contacter immédiatement le médecin référent



### QUI ÉVALUE LE RISQUE INFECTIEUX :

- ◆ Infection VIH (par **test rapide VIH**), Hépatites B et C, autres infections.

### QUI VOUS INFORME DES MESURES À PRENDRE :

- ◆ Une **prophylaxie** (chimioprophytaxie antirétrovirale, immunoglobulines spécifiques anti-VHB +/- vaccination) peut vous être proposée. Elle se fera avec une information préalable sur ses effets et son déroulement. Elle nécessite **votre consentement**. Le traitement doit être **débuté dans les heures qui suivent l'accident**.

## 3 Contacter ensuite le médecin du travail



### POUR DÉCLARER L'ACCIDENT DU TRAVAIL :

- ◆ Les modalités pratiques variant d'un établissement à l'autre et d'un régime social à l'autre, s'informer auprès du médecin du travail, du cadre ou du bureau du personnel.

### POUR ASSURER UN SUIVI CLINIQUE ET SÉROLOGIQUE ADAPTÉ (VIH, VHC, VHB).

**DANS TOUS LES CAS, ANALYSER LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT, AVEC LE MÉDECIN DU TRAVAIL, AFIN D'ÉVITER QU'IL NE SE REPRODUISE.**

En l'absence de médecin référent sur le site, vous pouvez contacter la ligne Sida Info Service au 0 800 840 800 pour obtenir les coordonnées du dispositif d'accueil le plus proche.

# 1. SOINS IMMEDIATS

- Arrêter le soin délivré au patient (tout en assurant continuité du soin)
- **Blessure ou piqûre**
  - **Ne pas faire saigner** (risque de brèche capillaire favorisant l'infection)
  - **Nettoyage immédiat à l'eau et au savon** puis rinçage
    - ⇒ déterSION et élimination des matières organiques.
  - **Antisepsie (5 mn au moins) :**
    - Dérivé chloré : **solution de Dakin ou eau de javel** à 2,5% de chlore actif diluée au 1/5 ou 1/10
    - ou, à défaut polyvidone iodée (Bétadine® dermique pure) ou alcool à 70°
  - Protection de toute plaie par **pansement**
- **Contact direct du liquide biologique sur peau lésée**
  - Même protocole de nettoyage et antisepsie que précédemment
- **Projection sur muqueuses et yeux**
  - **Rinçage abondant (5 mn au moins)** à l'eau ou au sérum physiologique

Noter heure de l'accident

# **RECHERCHE DU STATUT SEROLOGIQUE DU PATIENT-SOURCE**

**A réaliser dans tous les cas, avec son consentement, le plus rapidement possible :**

- **Sérologie VIH**
  - Si positive, **CV VIH** en urgence et consultations des éventuels génotypes de résistance
- **Sérologie VHC**
  - Si positive, recherche de **réplication virale (ARN VHC)**
- **Sérologie VHB**
  - Si **Ag HBs** positif, **recherche de réplication virale (ADN VHB)**
- Voir dossier médical du patient source

## 2. EVALUATION DU RISQUE DE CONTAMINATION : ≤ 4H

- Par un **médecin référent pour le VIH** si possible ou par le **méd. sénior des urgences** de l'hôpital le plus proche (± contact tél. avec médecin référent)
- La victime doit signaler dès son arrivée le motif de consult. (↓ temps d'attente)
- **Evaluation du risque de contamination basée sur :**

### – **Les circonstances de l'accident**

- heure et date
- mécanisme et type de blessure (piqûre ou coupure profonde ⇒ risque maxi)
- matériel impliqué (**aiguille creuse = risque maxi**)
- nature du liquide biologique (**sang = risque maxi**)
- absence moyens de protection (gants, lunettes)

### – **Le statut sérologique du patient source**

- Rq : en cas d'AEV per-opératoire, si patient susceptible d'avoir été en contact avec sang de l'opérateur, les 2 personnes sont à considérer comme sujet source l'un de l'autre

# Indications du TPE au VIH *Rapport Morlat 2017*

**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	
<b>Important :</b> – piqûre profonde, aiguille creuse et intravasculaire (artérielle ou veineuse)	<b>TPE recommandé</b>	<b>TPE non recommandé*</b>	<b>TPE recommandé</b>
<b>Intermédiaire :</b> – coupure avec bistouri – piqûre avec aiguille IM ou SC – piqûre avec aiguille pleine – exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 mn	<b>TPE recommandé</b>	<b>TPE non recommandé*</b>	<b>TPE non recommandé</b>
<b>Faible :</b> – piqûres avec seringues abandonnées – crachats, morsures ou griffures, autres cas	<b>TPE non recommandé</b>		

\* 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).

Risque minimisé en cas de piqûre au travers de gants

### **3. CONTACTER LE MEDECIN DU TRAVAIL**

**\* VHB : vérification de l'immunité**

**$\gamma$  globulines spécifiques anti-HBS + vaccination  
si nécessaire**

**\* Suivi biologique le cas échéant :**

**sérologies VIH**

**sérologies VHC**

**transaminases**

## **4. DECLARER L'ACCIDENT DU TRAVAIL**

- **La victime doit déclarer l'AT à son employeur dans les 24H** (sauf cas de force majeure)
- **L'employeur doit déclarer l'AT à la CPAM dans les 48H** (sauf cas de force majeure)
- **Respect de l'anonymat du patient source**
- **Le CMI : doit décrire la blessure et bien mentionner le risque biologique** (effraction cutanée ou projection cutanéomuqueuse susceptible d'entraîner une contamination)
- **Suivi sérologique adapté** (recours possible à la MDT) afin de :
  - attester de l'absence d'infection au moment de l'AT (sérologie avant J8)
  - détecter une éventuelle séroconversion
- **Analyse des circonstances de l'AT avec le MDT** pour éviter qu'il ne se reproduise
- **Et les professionnels non-salariés ?** pour que le risque AT soit couvert, nécessité de **souscrire une « assurance volontaire : AT et MP** auprès de leur CPAM

# Synthèse suivi sérologique en cas d'exposition au sang ou liquide biologique

Tableau 5 : suivi biologique en cas d'exposition au sang ou liquide biologique

<b>J1-J7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sérologie VIH</li> <li>- Sérologie VHC</li> <li>- Anti-HBs (<u>si vacciné et titre Ac inconnu</u>) ou Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si non-vacciné</u>)</li> <li>- ALAT</li> <li>- créatinine, test de grossesse (<u>si indication de TPE</u>)</li> </ul>
<b>S2</b>	- ALAT, créatinine ( <u>si TPE et comorbidité ou crainte de iatrogénie</u> )
<b>S6</b>	Sérologie VIH ( <u>si TPE ou en l'absence de TPE si sujet source de statut VIH inconnu ou VIH+ avec charge virale détectable</u> ) ALAT et ARN VHC ( <u>si ARN VHC+ chez sujet source</u> )
<b>S12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sérologie VIH</li> <li>- Sérologie VHC</li> <li>- Ag HBs, Anti-HBc et Anti-HBs (<u>si absence d'immunité de la personne exposée et sujet source Ag HBs+ ou de statut inconnu</u>)</li> </ul>

\* la sérologie VIH à S12 en l'absence de TPE n'est maintenue que du fait de son caractère réglementaire (arrêté du 1er aout 2007 dont nous recommandons la modification)

Source : Rapport Morlat 2017

# **PREVENTION**

- *Arrêté du 16 juillet 2007* : **mesures techniques de prévention ...** où les travailleurs sont susceptibles d'être **exposés à des agents bio. pathogènes**
- *Décret n° 2008-244 du 7 mars 2008 (art. R4422-1 du CT)* : ... **mesures de prévention visant à supprimer ou à réduire au minimum les risques résultant de l'exposition aux agents biologiques**
- *Arrêté du 10 juillet 2013* : prévention des risques bio. auxquels sont soumis certains travailleurs en **contact avec des objets perforants...**
- *Circulaire n° 98/249 du 20 avril 1998* : prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors **des soins dans les établissements de santé**
- *Circulaire DGS / DH / DRT n° 99/680 du 8 décembre 1999* : recommandations à mettre en œuvre devant un **risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques**

# **LES PRECAUTIONS STANDARD : à respecter :**

- **par tout soignant**
- **pour tout patient (quelque soit son statut infectieux)**

**Pour protéger le soignant et le patient**

## HYGIENE DES MAINS

Entre 2 patients  
Entre 2 activités  
Après le retrait des gants



**Mains ni souillées, ni mouillées, ni poudrées**  
Friction avec un produit hydro-alcoolique



**Mains souillées**  
Lavage des mains au savon

## PORT DE GANTS

1 paire - 1 geste - 1 patient

**En cas de risque**  
de contact avec du sang, des liquides biologiques, des muqueuses, une peau lésée, du linge sale, du matériel souillé, des déchets

**Lors des soins à risque de piqûre ou de coupure**

**Si les mains présentent des lésions**



Au bloc, changer régulièrement de gants ; 2 paires de gants, notamment pour opérateur principal lors sutures de plans pariétaux

## TENUE DE PROTECTION

- Surblouse  
- Masque et lunettes

**Porter surblouse, masque et lunettes**

Lors d'exposition à un risque de projection de sang ou de liquide biologique

**Porter la surblouse ou un tablier seul**

Lors d'un soin contaminant ou exposant à un contact large avec un patient



## MATERIELS ET SURFACES SOUILLES

**Eliminer**  
immédiatement après le geste, tout objet piquant ou tranchant, dans le collecteur adapté, au plus près du soin



**Manipuler avec précaution** le matériel réutilisable souillé

**Traiter** le matériel avec la procédure adaptée et s'en assurer

**Nettoyer et désinfecter les surfaces** souillées par du sang ou des liquides biologiques

## TRANSPORT

De prélèvements biologiques  
Du linge souillé  
Du matériel souillé

**Utiliser un emballage**

Pour renforcer la protection lors du transport de prélèvements biologiques

**Dans tous les cas**

Les emballages seront **fermés**, étanches, à usage unique, ou, si réutilisables, nettoyés régulièrement



## EN CAS D'ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG OU AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES

**Immédiatement**

Réaliser un lavage et une antiseptie de la plaie  
En cas de projection, rincer abondamment (5 min)



**Dès que possible, avant 4 heures**

Contacter le médecin référent ou le médecin des urgences

**Dans les 48 heures**, déclaration d'accident

**Pas de recapuchonnage ou de désadaptation des aiguilles**



- **Dispositifs médicaux de sécurité**



- **Conteneurs adaptés pour DASRI (arrêté du 24 novembre 2003)**



# VACCINATIONS

- **Loi du 18 janvier 1991** modifiant l'article L10 du CSP : obligations vaccinales chez les professionnels de santé
- **Calendrier vaccinal 2018 – Avis HCSP / BEH**

# **VACCINATIONS OBLIGATOIRES**

**Article L3111-4 du CSP**

- Une personne qui, dans un **établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins** ou **hébergeant des personnes âgées**, exerce une activité professionnelle l'exposant à des **risques de contamination** doit être immunisée contre l'**hépatite B**, la **diphtérie**, le **tétanos**, la **poliomyélite**
- Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans un laboratoire de biologie médicale doivent être immunisées contre la **fièvre typhoïde**
- Tout **élève ou étudiant** d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé..., qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme..., doit être immunisé contre les maladies ci-dessus

**Diphtérie**

**Tétanos**

**Poliomyélite**

Santé, services sociaux et médico-  
sociaux, secours, services funéraires,  
blanchisseries

**Hépatite B** : Santé, secours (secouristes, pompiers, policiers), services sociaux et médico-sociaux (si exposés), blanchisseries (si exposés)

**BCG** : santé, services sociaux et médico-sociaux (si exposés), éducation nationale, administration pénitentiaire

**Typhoïde** : laboratoires

**Arrêté du 6 mars 2007** relatif à la **liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé**, pris en application de l'article L. 3111-4 du CSP

- ***Professions médicales et pharmaceutiques***

Médecin

Chirurgien-dentiste

Pharmacien

Sage-femme

- ***Autres professions de santé***

Infirmier / Infirmier spécialisé

Masseur-kinésithérapeute

Pédicure podologue

Manipulateur d'électroradiologie médicale

Aide-soignant / Auxiliaire de puériculture

Ambulancier

Technicien en analyses biomédicales

- **Choix du médecin ou sage-femme vaccinateurs** (*arrêté du 2 août 2013*) – sauf typhoïde
- **Preuve de l'immunisation** : ≠ selon les vaccins (d, T, P, BCG, typhoïde / hépatite B)
- **Prise en charge par l'employeur**

# HEPATITE B

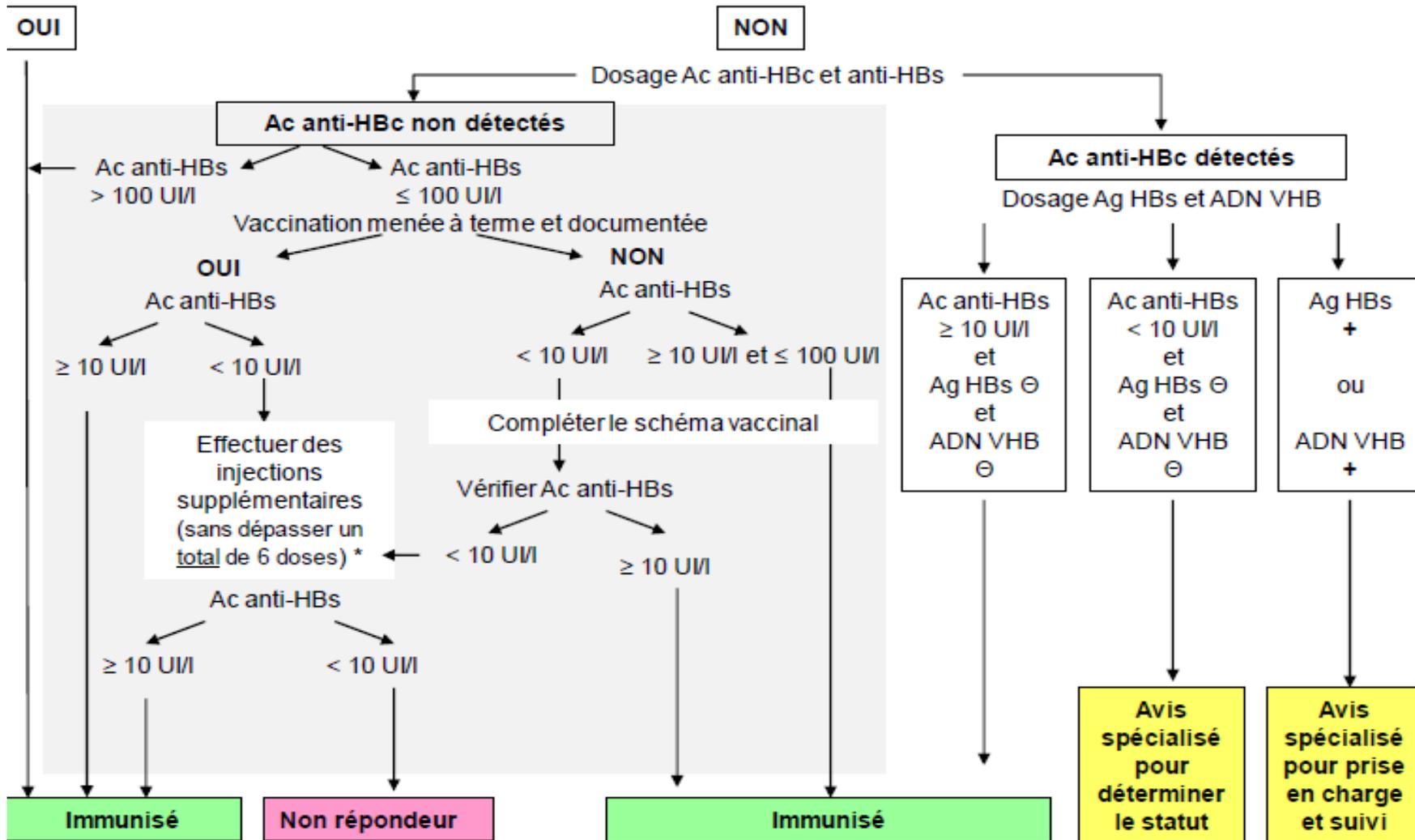
**J0, M1, M6** (éventuellement J0, M1, M2, A1 pour étudiants des professions médicales et paramédicales)

**Schéma vaccinal accéléré (HCSP – 20/2/14) : 3 doses en 21j + rappel à 1 an**

**Maximum 6 injections**

**Preuve par attestation médicale**

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

# **AUTRES RISQUES INFECTIEUX**

**Grippe, coqueluche, rougeole,  
oreillons, rubéole, varicelle,  
gale, CMV...**

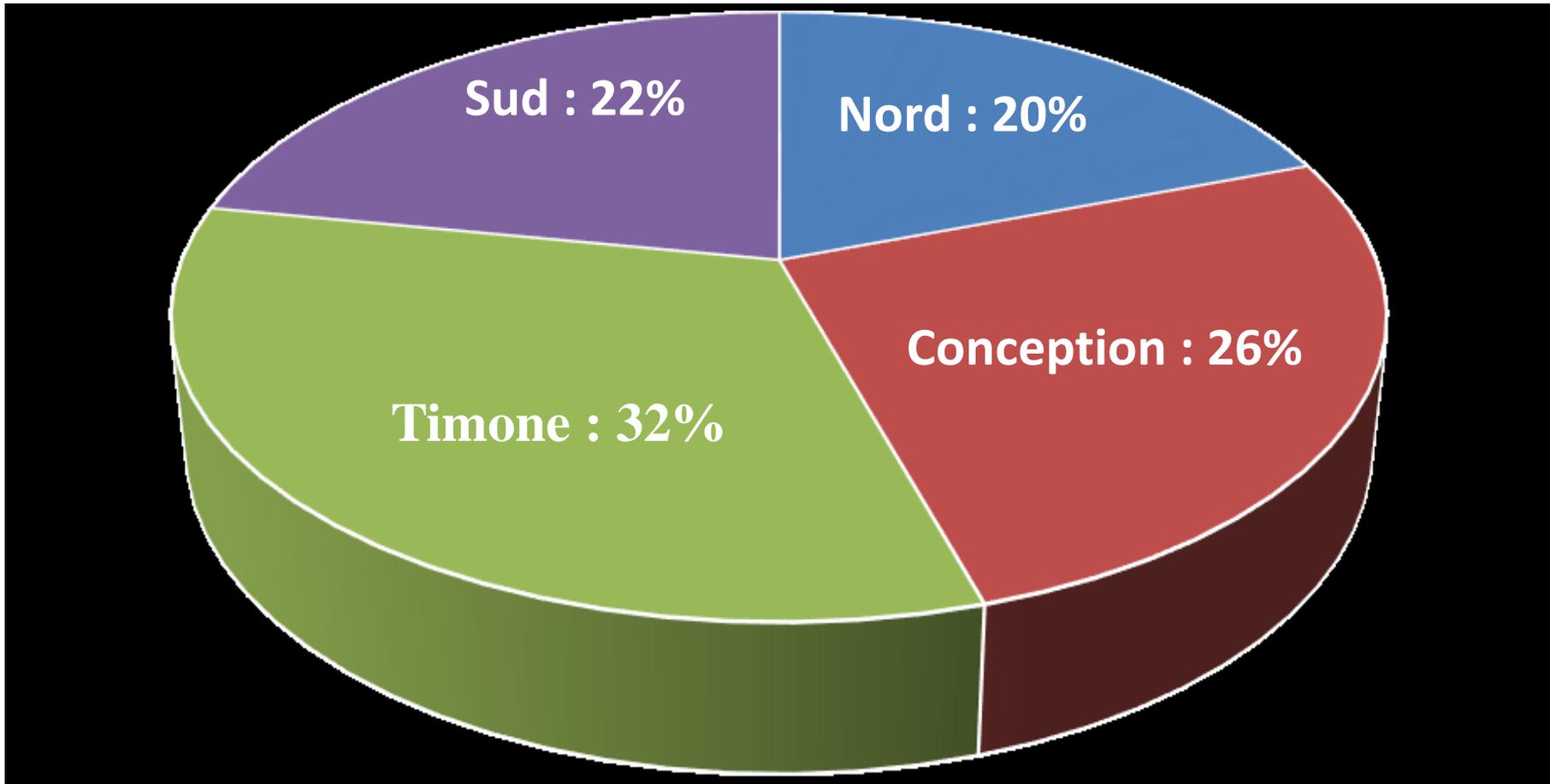


# GRIPPE

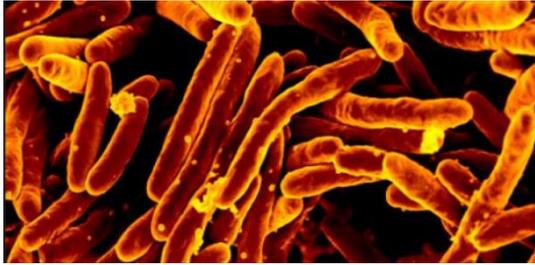
- **V. Influenzae = 1ère cause virale d'infection respir. virale c/o l'adulte, 2ème c/o l'enfant**
- **Sujets à risque** : sujets âgés, immunodéprimés, I. respiratoires, cardiaques, rénaux, diabétiques
- **Personnel soignant non immunisé = réservoir potentiel de transmission du virus ⇒ vaccination +++**
- **Prévention :**
  - **Vaccin à v. inactivé, immunité en 10-20 j pendant 6 mois/1 an**
  - Isolement des patients
  - Eviction du personnel soignant infecté / masque

# CAMPAGNE VACCINALE GRIPPE 2017 : 20,03% de vaccinés (n = 3411)

REPARTITION DES 3411 VACCINES PAR SITE :



***Pour rappel : 2016 : 3020 Vaccinés - 2015 : 3062 Vaccinés***



# TUBERCULOSE

**Maladie « sociale » : minorité à haute prévalence dans un pays à faible prévalence** (milieu urbain, quartiers à risque, milieux défavorisés, migrants, SDF, prisons)

**Sujets > 75 ans**

**Immunodéprimés (VIH, Trt immunosuppresseurs...)**

**Sujets-contacts d'un cas bacillifère**

**Une diminution d'incidence en France :**  
4827 cas déclarés en 2014 soit **7,3 / 10<sup>5</sup> habitants** (*InVS*)

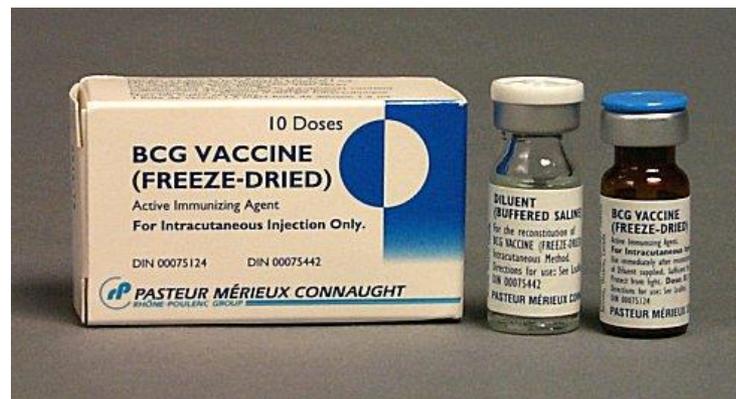
# **RISQUE D'EXPOSITION EN MILIEU DE SOINS**

- **Selon prévalence des patients tuberculeux bacillifères dans le service / Laboratoires de bactériologie**
- **Services d'Urgences médicales, Soins Intensifs**
- **Services d'autopsies**
- **Service inexpérimenté (0 isolement, diagnostic tardif)**

# VACCINATION BCG

*Avis CTV et CSHPF du 9 mars 2007*

- **suspension obligation vaccinale par BCG sauf professionnels exposés (décret 17/07/07)**
- **recommandation forte pour enfants les plus exposés**



# COQUELUCHE



**InVs : recrudescence en France depuis 2004**  
**caractère cyclique** des pics tous les 3-4 ans

**Bordetella Pertussis : 1ère cause de décès par infection bactérienne communautaire chez nourrisson < 2 mois**

**Adultes et adolescents = réservoir principal** ⇒ risque de contamination des nourrissons non vaccinés

**32% toux persistantes inexplicables de l'adulte > 7j**

**Stratégie du *cocooning* : valence coqueluche lors du rappel vaccinal dTP à 25 ans** sauf si dose de vaccin coquelucheux < 5 ans

Rappels coqueluche recommandés chez personnels soignants, étudiants filières méd. et paraméd., personnels chargés de la petite enfance **lors des rappels dTPolio à 25, 45 et 65 ans**



# ROUGEOLE

Morbillivirus  $\Rightarrow$  **pneumonie** chez enfant,  
**encéphalite** chez adulte

Transmission aérienne

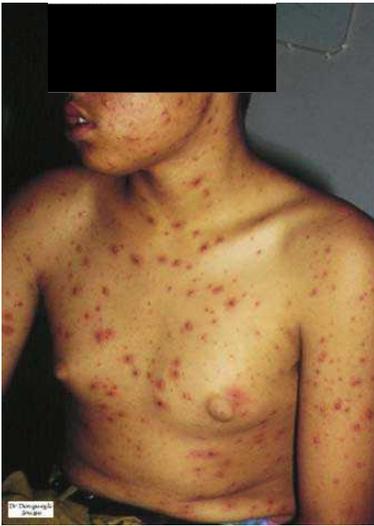
Vaccin introduit dans le calendrier vaccinal français en 1983 pour tous les nourrissons  $\Rightarrow$  **forte**  $\downarrow$  **incidence jusqu'en 2008**

**Epidémie de rougeole depuis 2008** car taux de couverture vaccinal et rattrapage vaccinal insuffisants

**2 doses de vaccin trivalent à v. vivant atténué Rougeole – Oreillons – Rubéole** chez sujets nés après 1980, non ou incomplètement vaccinés, sans ATCD et avec sérologie négative

**1 dose chez autres personnes à risque**

**Chimioprophylaxie par vaccin possible si exposition  $< 72H$  :** Ig polyvalentes dans les 6 j suivant le comptage + vaccination



# VARICELLE



- **Isolement précoce patients, identification sujets réceptifs**
- **Vaccin à v. vivant atténué, 2 inj. espacées de 6 à 10 semaines**
- **Prof. en contact avec la petite enfance, prof. de santé (en formation, à l'embauche, en poste), en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de varicelle grave : immunodéprimés, services de gynéco-obstétrique, néo-nat., infectiologie, néphrologie...**



**MERCI DE VOTRE ATTENTION**

