

Les Accidents d'exposition au sang infecté par les virus VIH, VHB, VHC

Docteur Isabelle Ravaux

Praticien hospitalier
Référent accidents d'exposition au sang
COREVIH PACA
COORDINATEUR groupe de travail AEV

maladies infectieuses POLE 8
IHU M I LA TIMONE
Marseille

1985

PREMIERS CAS DE CONTAMINATIONS DES PERSONNELS SOIGNANTS

SIDA par piqûre de seringue : transmission par piqûre d'une injection virale à HTLV III provenant d'une patiente atteinte d'un SIDA au gain.



Accidents d'Exposition Aux Virus

- VIH, VHC, VHB
 - Personnes en contact avec sujets infectés
 - Liquides biologiques potentiellement infectants :
SANG, sécrétions génitales, liquide amniotique, tissus, liquide des séreuses (LCR, péricardique, péritonéal, synovial)
 - Autres cas/pathogènes recensés
 - Plus de 50 pathogènes différents (virus, bactéries, parasites, champignons)
 - Dont: SIV, Paludisme, Syphilis, Fièvres hémorragiques...Ebola
-
-

RAPPELS VIRUS - VIH

- Diagnostic sérologique
- Séroconversion = 2.5 mois [4-12 semaines]
- Présent : sang, sécrétions génitales, séreuses
- Détruit par : chaleur, Javel, alcool et désinfectants
- Survit quelques heures sur surface sèche avec $\geq 99\%$ titre virus infectieux



RAPPELS VIRUS - VHB

- Diagnostic sérologique Ag HBs
 - Séroconversion : 4 mois [6-24 semaines]
 - Sang, séreuses, salive, sécrétions génitales
 - Résistance : au moins 7 jours sur surface sèche
 - Détruit par : chaleur, Javel et aldéhydes
-
-

RAPPELS VIRUS - VHC

- Diagnostic sérologique
 - Séroconversion : 1.5 m [2-24 semaines]
 - SANG
 - Détruit rapidement en quelques heures à T° ambiante même en solution aqueuse
 - Détruit par : Javel, alcool et la plupart des désinfectants
-
-

Évaluation du Risque (I)

- VIH : 0.3% par piqûre et 0.09% par projection muqueuse
 - VHC : 1.8 % par piqûre
 - VHB : 30% si Ag HBe +, 6% si Ag HBe -
-
-

Évaluation du risque (II)

- Rapport anal passif : 0.5 et 3%
 - Rapport anal actif : 0.01 et 0.18 %
 - Rapport vaginal : 0.1% (femme : 0.09%, homme : 0.15%)
 - Fellation : 0.04%
-
-

Facteurs de Risque (I)

Facteurs de risque	Odd Ratio
piqûre profonde	X 16.1
sang sur le matériel	X 5.2
aiguille dans un vaisseau	X 5.1
stade terminal (décès par sida dans les 60 jours suivants)	X 6.4

Facteurs de risque (II)

- Charge virale élevée : stade avancé ou primo-infection (pic 3^e semaine)
 - CD4 bas
 - Existence de lésions génitales chez les deux partenaires
 - Ectopie du col utérin
 - Saignement au cours du rapport
-
-

Infections VIH professionnelles recensées dans le Monde

Cas	USA	Europe	Reste du Monde	Total
Documentés	57	35	14	106
Possibles	139	85	14	238
Total	196	120	28	344

Quel risque après un AEV ?

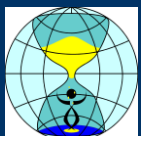
- 3 virus constituent l'essentiel du risque

Virus	Nb* de personnes infectées	Taux de transmission après APC**	Taux de transmission après ECM**	Vaccin	Prophylaxie
VIH	150 000	0,3 %	0,03%	Non	Oui
VHC	550 000	0,5-3 %	?	Non	Non
VHB	300 000	30 %	?	Oui	Oui

Estimation du nombre de personnes infectées en France

*** APC = accident percutané, ECM = exposition cutané-muqueuses*

- Des cas documentés de transmission d'autres pathogènes (Paludisme, syphilis, fièvres hémorragiques...)



Estimation OMS mondiale des contaminations professionnelles par AES

- 40% de toutes les hépatites virales et 4,4 % des infections VIH chez les professionnels de santé
- 3 millions de professionnels exposés à une piqûre par an :
 - 16 000 Hépatite C
 - 66 000 hépatite B
 - 200 à 5000 infections VIH

90% des cas en Afrique et Asie

*Séroconversions **VHC** documentées*

- 65 séroconversions VHC après AEV
notifiées chez des soignants
- 60 piqûres (dont 52 avec aiguilles creuses)
- 3 coupures, 2 contact sur peau lésée
- 45% évitables par P.U

Recommandations officielles

- 3 circulaires publiées dans le B.E.H.
 - 1996 : Recommandations pour la chimioprophylaxie en cas d'accident exposant au VIH
 - 1998 : Recommandations pour la mise en place d'un dispositif de santé pour les personnes exposées quelque soit la nature de l'exposition
 - 1998 : Obligation pour chaque établissement de soins de disposer d'une organisation interne qui permet d'agir le plus rapidement possible.
-
-

Chimioprophylaxie VIH

- Étude rétrospective : AZT \Rightarrow 80% de réduction séroconversion
 - Réduction transmission materno-fœtale par AZT
 - Existence d'une réponse immunitaire cellulaire précoce
 - Hypothèse physiopathologique :
VIH \rightarrow CD4 \rightarrow + cellules dendritiques \rightarrow
Ganglions \rightarrow Lymphocytes T
-
-

Chimioprophylaxie VIH

- But : empêcher la diffusion en maintenant la quantité de virus en dessous du seuil permettant l'infection
 - Trithérapie : 4 classes : INRT, INNRT, IP, AI
 - 2016 passer au STR : 1 SEUL CP / J
GENERIQUE 3CP/J moins cher x10
 - multitherapie 3 + booster bien toléré
-
-

Prophylaxie VHB

- Vaccination
 - Absence de vaccin ou Ac HBs<10 :
Sérovaccination : 1dose de vaccin + 500 UI d'Ig
G anti HBs dans les 48 heures
-
-

Prophylaxie VHC

- AUCUNE
 - mais avenir des antiviraux en développement 20000€
- Suivi sérologique, ALAT et PCR-VHC



Infections professionnelles par le VIH

Depuis 2005, il n'a effectivement pas été déclaré de séroconversion professionnelle par le VIH, le nombre annuel de contaminations par le VHC reste faible (entre 0 et 5), et aucune contamination par le VHB n'a encore été déclarée. Depuis le début de l'épidémie, a donc été documenté un total de 14 séroconversions professionnelles par le VIH chez des personnels de santé, dont 12 concernent des infirmier(e)s.

En France: 48 cas d'infection VIH professionnelle chez le personnel de santé ont été recensés depuis le début de l'épidémie: 1983

- 14 séroconversions documentées
 - 34 infections présumées
 - Répartition géographique: Ile de France 25 cas / 23 autres répartis sur l'ensemble du territoire.
 - Fonction: IDE dans 12 cas des 14 cas documentés et 38% des infections présumées .
 - Service: maladies infectieuses (7), réa (6), urgences (5), bloc opératoire (5).
 - 4 CAS d'échec des antiviraux dont 1 en trithérapie en 1997
-
-

- 25 infirmières et élèves IDE
 - 6 médecins dont internes et externes
 - 4 biologistes et laborantins
 - 3 agents hospitaliers
 - 2 aides-soignantes
 - 1 chirurgien
 - 1 aide-opérateur
 - 2 dentistes et 1 assistant dentaire
 - 1 laborantin
 - 1 secouriste
 - 2 inconnus
-
-

- La dernière séroconversion survenue en 2004 chez un secouriste dans les suites d'une projection massive de sang sur le visage et dans les yeux lors de la prise en charge d'un patient VIH+ (Un rinçage rapide a été effectué sur les lieux de l'accident, un lavage plus complet plusieurs heures plus tard. La personne n'a pas consulté et n'a pas été traitée par ARV en prophylaxie)

en comparaison

Séroconversions professionnelles VHC

Depuis la mise en place de cette surveillance 1991 et jusqu'au 31 décembre 2005, ont été recensées 55 séroconversions professionnelles VHC chez le personnel de santé, dont 41 au contact d'un patient source connu comme infecté par le VHC (au moment ou à la suite de l'AES).

Après un pic en 1996, peut-être lié à la mise en place de la surveillance en 1997, le nombre annuel de séroconversions VHC est compris entre 2 et 5 depuis cette date . Compte-tenu des délais de déclaration, d'autres contaminations peuvent encore être déclarées sur les années les plus récentes.

RAISIN Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales



RAISIN Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales

- En 2005, 13 949 accidents d'exposition au sang étaient recensés dans 385 établissements. La couverture nationale du réseau peut être estimée à 13 % des établissements de santé et 34 % des lits soit une légère progression par rapport à 2004 qui confirme l'assise large de ce réseau. L'incidence des AES trouvée pour 100 lits d'hospitalisation est de 8,8. Sur la base des 461 774 lits d'hospitalisation recensés en France (données SAE 2004) cela permet d'estimer à 40 620 (IC95 % : 40 243 – 40 998) le nombre d'AES qui auraient été déclarés en 2005 aux médecins du travail des établissements de santé Français.
-
-

- Comme en 2004, les **aiguilles à suture** arrivent en première position des AES liés à des aiguilles, avant les sous cutanés, avec 1 080 AES et 10 % de l'ensemble des accidents qui concerne les secteurs de chirurgie, d'obstétrique mais aussi de réanimation et d'urgence.
 - Il paraît donc toujours nécessaire de favoriser la sécurisation de ce geste et de promouvoir l'usage d'aiguille à bout mousse. Une comparaison portant sur les 258 établissements ayant participé à la surveillance en 2004 et 2005 permet déjà de visualiser certains progrès significatifs.
 - L'observance du port du gant chez les victimes et la proximité du conteneur de sécurité sont passées respectivement de 62,5 à 64,3 % et de 67,3 à 69,8 % entre 2004 et 2005.
 - L'incidence des AES pour 100 lits dans ces établissements est restée stable à savoir 8,1 en 2005 contre 8,3 en 2004 et on a enregistré une augmentation significative des AES liés aux systèmes de prélèvements sous vide passant de 5,1 pour 100 000 dispositifs en 2004 à 6,8 en 2005.
-
-

- La mise en commun des données 2005 de surveillance des AES confirme la forte implantation de ce réseau en France et témoigne de l'implication des Médecins du travail dans la prévention de ce risque. Les données RAISIN permettent d'objectiver la poursuite de l'amélioration de l'observance des précautions standards sans baisse significative associée des AES cette année. La poursuite de l'implantation des dispositifs de sécurité doit permettre une baisse du risque dans les années à venir et le dispositif national de surveillance est à même de pouvoir l'objectiver.
-
-

Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98/228 du 9 avril 1998
relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un
traitement
antirétroviral après exposition au risque de transmission
du VIH.

[2] Circulaire DGS/DH/DRT n°99/680 du 8 décembre
1999 relative aux recommandations à mettre en oeuvre
devant un risque
de transmission du VHB et du VHC par le sang et les
liquides biologiques. BEH 2000;2:5-9.

[3] Arrêté du 1er août 2007 fixant les modalités de suivi
sérologique des personnes victimes d'accidents du
travail entraînant un risque de contamination par le virus
de l'immunodéficience humaine

Arrêtent :

Art. 1er. – Le suivi sérologique des personnes victimes d'un accident du travail entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine comporte, outre le test prévu par le chapitre 16 du barème d'invalidité en matière d'accidents du travail susvisé, deux tests de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine, pratiqués **soit aux premier et troisième mois à compter de la date de l'accident** lorsque la personne n'est pas mise sous un traitement prophylactique, **soit aux deuxième et quatrième mois à compter de cette date si elle bénéficie d'un traitement.**

Dans le cadre de ce suivi, les résultats des tests sont communiqués par ces personnes, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'organisme de sécurité sociale auquel elles sont affiliées.

Art. 2. – L'arrêté du 18 janvier 1993 fixant les modalités de suivi sérologique des personnes victimes d'accidents du travail entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine est abrogé.

Art. 3. – Le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 1er août 2007.

Le ministre du travail, des relations sociales

La législation sur la prévention des AES

« [L'employeur] doit aussi fournir des moyens de protection individuelle et mettre à disposition des matériels de sécurité. »

Décret n°94-352 du 04 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs (...)

« le chef d'établissement en concertation avec le CLIN, le médecin du travail et le CHSCT doit définir une stratégie de prévention. »

Circulaire DGS/DH n°98/249 du 20 avril 1998.

« (...) leur prévention doit rester l'objectif prioritaire dans les établissements de soins et de prévention (...) »

Circulaire DGS/DH/DRT N°99/680 du 8 décembre 1999.



En pratique : la prévention des AES

- Anticipation / organisation
- Précautions standard
- Matériel de sécurité
- Formation

C 'est une approche méthodique et rigoureuse de **long terme** qui passe aussi par la **déclaration des AES**.

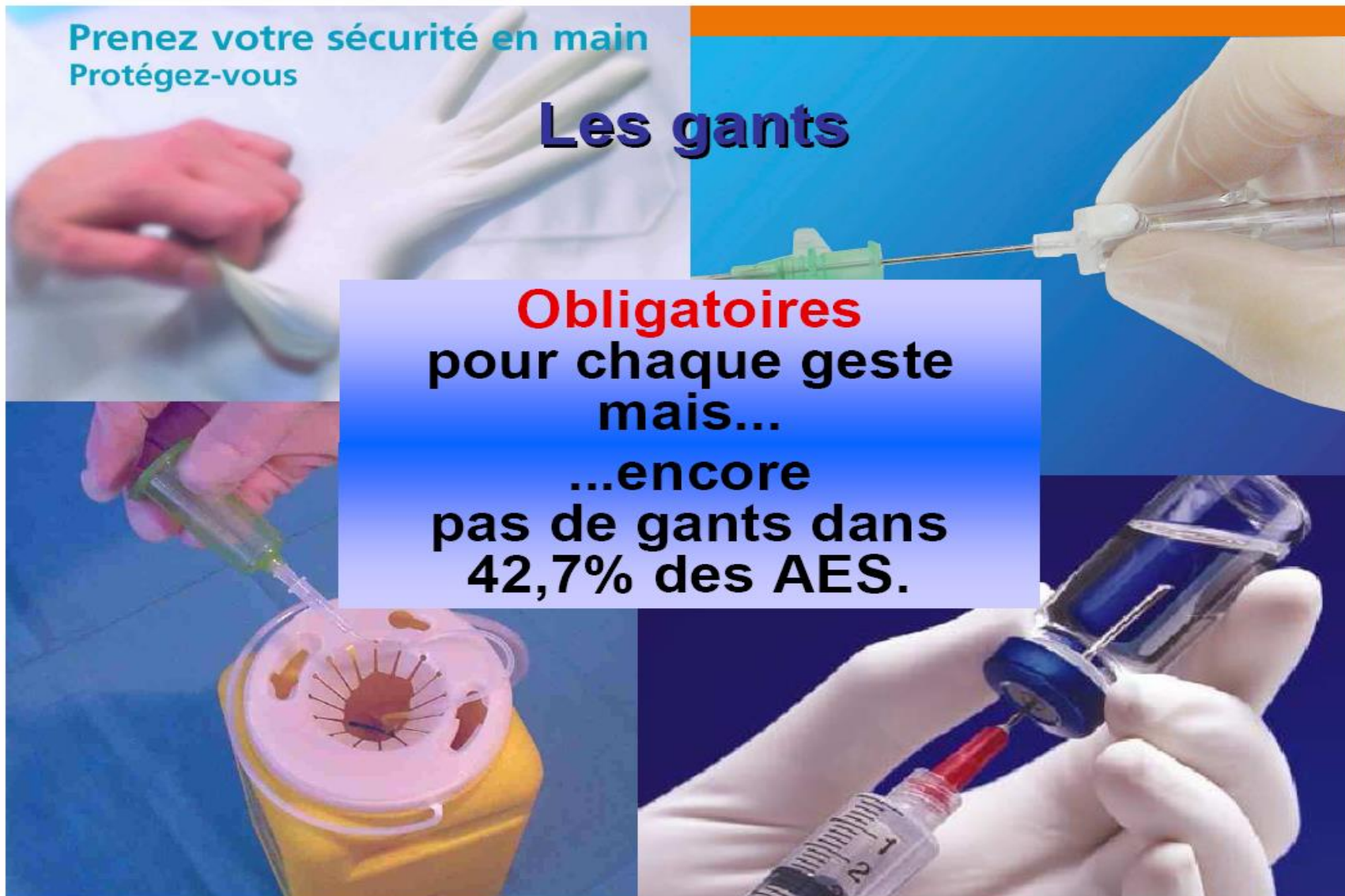
Les précautions standard

- Port de gants
- Port de masque
- Port de lunettes
- Collecteur piquant / tranchant

Prenez votre sécurité en main
Protégez-vous

Les gants

Obligatoires
pour chaque geste
mais...
...encore
pas de gants dans
42,7% des AES.





Seringues sécurisées



Chambre implantable



Les collecteurs



Stable



Stable



Stable

Adapté



Fixé sur un support



Le matériel de sécurité n'est rien...

sans la formation à son utilisation.

Parlons en !

Formons nous !

La déclaration des AES

Indispensable...

Si le médecin du travail, le président de CLIN, le CHSCT et le Directeur de l'établissement ne sont pas au courant...

...comment faire avancer la prévention ?

Parlons des AES...

Incidents liés aux collecteurs OPCT

Paris - 22 avril 2005

Résultats de l'enquête RAISIN sur les AES liés aux collecteurs

P. PARNEIX *

*** Coordonnateur AES-RAISIN
C.CLIN Sud-Ouest - CHU Bordeaux**

AES-RAISIN

- Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN)
Recommandations 2004 pour la surveillance des infections nosocomiales
- CCLin Est, CCLin Ouest, CCLin Paris-Nord, CCLin Sud-Est, CCLin Sud-Ouest, InVS, CTIN
- La politique de lutte contre les infections nosocomiales (IN) est définie par le ministère de la santé à partir des propositions du Comité technique des infections nosocomiales (CTIN). Dans ce cadre, des programmes de lutte prioritaire contre les IN ont été définis et mis en œuvre dans les établissements de soins sous l'égide des Comités de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) et des équipes opérationnelles d'hygiène sous la coordination interrégionale des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLin).
- Des programmes de surveillance correspondant à ces objectifs prioritaires ont également été mis en œuvre au niveau interrégional par les cinq CCLin. Afin de disposer d'un programme de surveillance national des infections nosocomiales coordonné, l'Institut de veille sanitaire (InVS), les cinq CCLin et le CTIN ont créé en 2001, dans le cadre d'un accord de partenariat, le Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) dont la finalité est d'harmoniser les programmes de surveillance des infections nosocomiales faisant l'objet d'un programme de lutte nationale pour disposer de données nationales, de mettre en œuvre des études nationales, tel que par exemple l'enquête de prévalence des infections nosocomiales réalisées en 2001, et de permettre une meilleure réponse à l'alerte, notamment dans le cadre du signalement des infections nosocomiales.
- Le RAISIN est animé par un comité dont le secrétariat scientifique est placé au niveau de l'InVS.
- Protocoles 2004 "RAISIN" de surveillance des infections nosocomiales
- Des recommandations pour une méthodologie de recueil harmonisée au niveau national existent pour :
 - la surveillance des infections du site opératoire (ISO-RAISIN)
 - la surveillance des bactéries multirésistantes (BMR-RAISIN)
 - la surveillance des bactériémies nosocomiales (BN-RAISIN)
 - la surveillance des accidents d'exposition au sang chez les soignants (AES-RAISIN)
 - la surveillance des infections nosocomiales en réanimation (REA-RAISIN)

AES et Collecteurs OPCT

Réglementation

Circulaire DH/SI2-DGS/VS3 n° 554 du 1er septembre 1998 relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés

« Le GERES a défini des critères de sécurité sur les boîtes destinées à la collecte d'objets tranchants, piquants ou souillés »

« signaler l'incident auprès du Ministère des solidarités, de la santé et de la famille -

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Bureau de l'ingénierie et des techniques hospitalières »

AES et Collecteurs OPCT

Réglementation

Le dispositif réglementaire développé

✓ **texte :**

- ➡ **L'arrêté du 24 novembre 2003** relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux,

✓ **normes :**

- ➡ **La norme NF X 30-500** " emballages des déchets d'activités de soins – Boîtes et minicollecteurs pour déchets perforants – spécifications et essais ", publiée en décembre 1999,
 - ➡ **Le marquage NF 302** applicable aux collecteurs d'objets perforants.
-
-

AES et Collecteurs OPCT

Contexte

Bilan par la DHOS du dispositif actuel

- ✓ quelques AES déclarés :
 - ➡ sollicitation des fabricants lorsque leur collecteur est mis en cause dans un incident,
 - ➡ une action menée avec la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF) vis à vis d'un fabricant,
 - ✓ promouvoir le bon usage des collecteurs :
 - ➡ projet de circulaire,
 - ✓ demande à l'InVS de réfléchir à un nouveau système de suivi des AES liés aux collecteurs :
 - ➡ saisie du groupe AES-RAISIN,
-
-

AES et Collecteurs OPCT

Contexte

Signalement des AES liés aux Collecteurs

Projet système d'Alerte - RAISIN 2003-2004

✓ Pourquoi :

➡ un système de surveillance ne répondant pas à tous les besoins :

- ➡ données incomplètes ou pas assez détaillées,
- ➡ réactivité inadaptée

➡ une absence de filière naturelle de vigilance :

- ➡ les collecteurs ne sont pas des dispositifs médicaux (DM).

AES et Collecteurs OPCT

Méthode

Signalement des AES liés aux Collecteurs

Projet système d'Alerte - RAISIN 2003-2004

✓ Mise en œuvre d'une étude pilote :

➡ du 1^{er} novembre 2003 au 31 mars 2004 :

➡ 3 mois prévus puis prolongation de 2 mois ,

➡ avec les réseaux AES des CCLIN,

➡ analyse de la situation par le médecin du travail:

➡ AES impliquant un dysfonctionnement
potentiel d'un collecteur OPCT,

➡ envoi fiche d'alerte.

AES et Collecteurs OPCT

Méthode

Signalement des AES liés aux Collecteurs

Projet système d'Alerte - RAISIN 2003-2004

Fiche à transmettre sans délai

au C.CLIN Sud-Ouest

par fax : 05 56 79 60 12

ou e-mail : cclinso@chu-bordeaux.fr

AES et Collecteurs OPCT

Résultats

✓ Au 31 mars 2004 :

✎ 83 fiches reçues :

➤ 38 établissements déclarants (9 CHU),

➤ Ouest : 44, Sud-Ouest : 18, Est : 15 et Sud-Est
6,

✎ 16 fabricants concernés :

➤ Fabricant 1 : 34% et Fabricant 4 : 17%,

➤ cohérence possible avec les données de
consommation,

✎ 27 modèles concernés :

➤ < 1 litre : 7%, 1 à 2 l : 33%, 2 à 3 l : 35% et ≥ 3 l
: 25%.

CIRCUIT DE SURVEILLANCE DE LA CHIMIOPROPHYLAXIE POST AEV

• ACCIDENT _{J0}

• Soins locaux

1. TROUSSE d'urgence d'ARV a commencer DANS LES 4H
MEDECIN SENIOR DES URGENCES et pas L'interne debutant

2. CONSTATATIONS INITIALES DANS LES 24 H

3. MEDECIN REFERENT : réévaluation, suivi du traitement:

J3 , J15, J30

puis des sérologies VIH , VHC, VHB:

M 1 , M 4 , M 7 , (M 12)

Et en collaboration avec les MEDECINS DU TRAVAIL

- **Épidémie: VIH, VHC, VHB en région PACA**

- **Les exposés:**

1 / public:

- # accident : - sexuel
 - autres (blessures)
- usagés de drogues (échange de seringues)

2 / professionnel:

- # santé : - soignants
- # autres : - policiers
 - cheminots
 - éboueurs

- **Les informations:**

- Presse, médias, SIDA: info service & soignants , associations.

Corevih

- Recommandations ministérielles

- CIDAG, dispensaires...

- **Les trousse d 'urgences:**

Pour le public:

- O Urgences des hôpitaux
- O Services référents

Pour les professionnels de santé:

- O Urgences
- O Service référent
- O Établissements possédant une trousse d 'urgence

- Évolution des recommandations du ministère de la santé de la conduite à tenir en cas d'exposition à un virus:

du professionnel à tout public.

Bases scientifiques:

- 1 / Efficacité des traitements chez les malades du VIH,
 - 2 / Prophylaxie verticale avec l'AZT chez l'enfant,
 - 3 / Études rétrospectives.
 - 4/ Modèles animaux (singes).
-
-

Pour:

- « Répondre à une demande avec des règles de conduites. Pour éviter les dérives »
- Le traitement des accidentés est devenu un traitement de prophylaxies.



- Respecter le temps:

A partir de quand la prophylaxie ne sert plus à rien ?

> Modèles animaux:

2 h atteint les cellules
2 jours virémie

exposition
infectante

transfert et
présentation

intégration génome
proviral transfert
au relais ganglionnaire

multiplication
virale

dissémination générale

VIH

Cellule dendritique

Lymphocyte CD4

Ganglion lymphatique

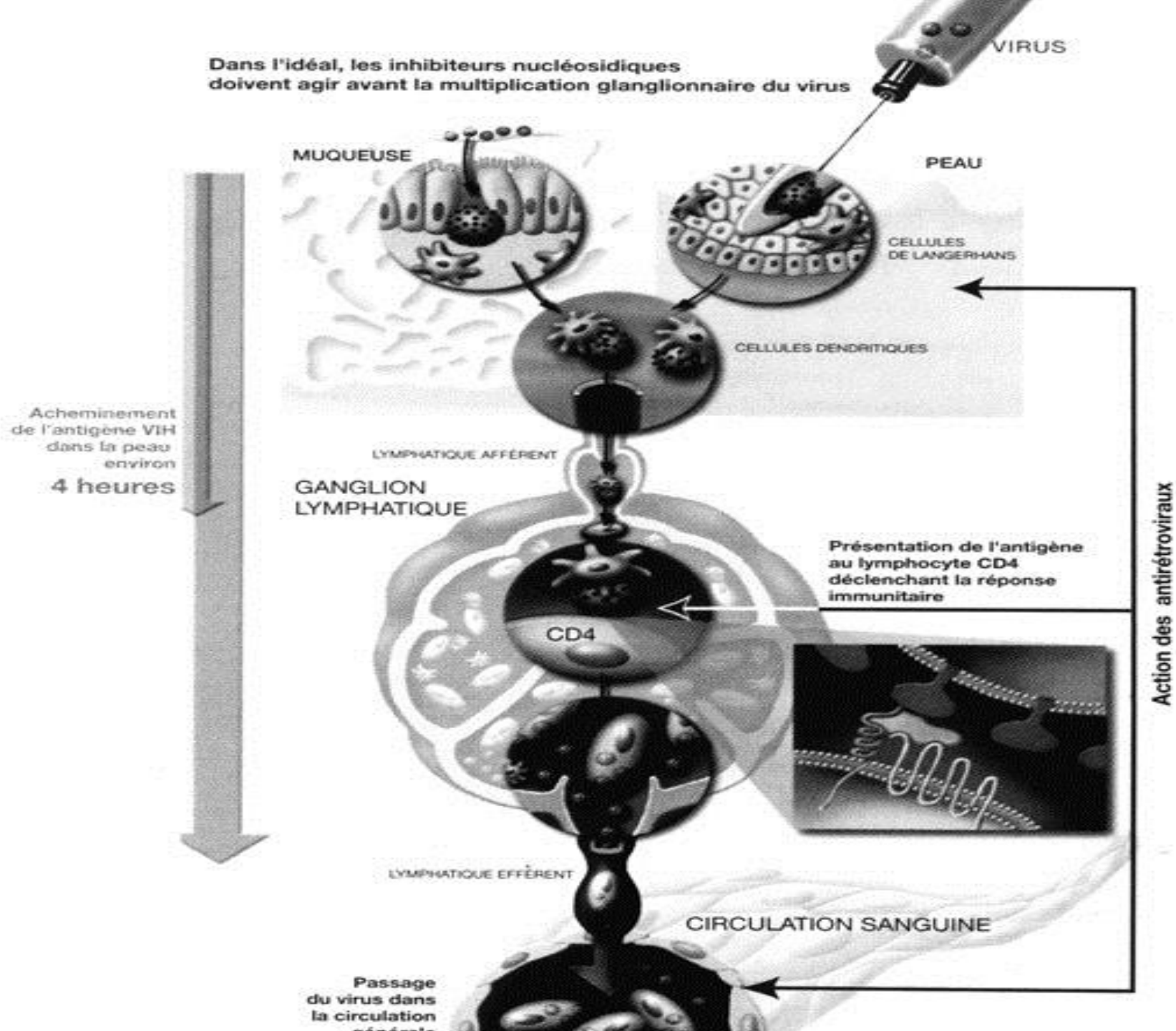
Virémie

4 heures

2 jours

4-11 jours

Dans l'idéal, les inhibiteurs nucléosidiques
doivent agir avant la multiplication ganglionnaire du virus



·Trousse d 'urgence:

- 1 / facilité d 'obtention
- 2 / de conservation
- 3 / d 'encombrement

Efficace de suite

Non ou peu toxique

Pour plusieurs jours

Idéalement la trousse d 'urgence doit permettre d 'agir sur plusieurs virus:

HIV

Virus des hépatites C & B:

Epivir* / Lamivudine (3TC) bloque la production du virus B.

Précautions d 'utilisation des antirétroviraux:

interactions médicamenteuses

toxicité

contre indication médicale

grossesse.

Actuellement Standard *de trousse d'urgence dans la région*

- GENVOYA 1/J x 28j ou génériques
- Sauf si risques d'interactions avec les traitements de la personne
- ISENTRESS raltégravir 2/j matin et soir
- TRUVADA tenofovir 1 le soir



- x28j

PREVALENCE DE LA RESISTANCE AUX ARV dans notre région en 2000/2002

- **AZT** : mutation au codon **215** : **15%** ...**70%**
mais 63 % de nos patients en
multi-échec en sont porteurs
- **3TC** : mutation au codon **184** : **15%** ...**50%**
mais 57 % en multi-échec
- **INDINAVIR** plusieurs mutations cumulées
mais **30%** sont poly- mutés face aux IP **50%**

Plus inquiétant encore: émergence de
souches virales mutées aux 3 classes d'
antiviraux

Posologies simplissime

- 1 CP/J au repas ou génériques 3cp/1 prise
 - » À débiter dès que possible et devant vous !
 - » Ne pas attendre le prochain repas

• A qui prescrire le traitement d 'urgence ?

Qui prescrit?

Peuvent prescrire une trousse d 'urgence (kit):

Médecin référent > hospitalier

Médecin des urgences > par délégation pour max 5j

Ne peuvent prescrire:

Médecin généraliste,

Médecin du travail,

Interne,

Auto- prescription.(traitement du conjoint par exemple)

- Prescription après accord de la personne qui fait la demande / écrite

APRES INFORMATIONS: SUR LES RISQUES

- Devant TOUT RISQUE récent de contamination quelle qu 'elle soit, si elle ne remonte pas à + de 48 heures.



Calendrier d'un AEV

toujours tres trop ? Lourd

- 1 'accident JO
 - Les urgences CS JO J 2 Prescription ARV+bilan
 - Référent CS J3 J4 Poursuite des ARV ou pas
 - J15 CS Tolérance clinico- biologique bilan
 - J30 ARRET ARV +CS + bilan
 - J45 CS Bilan +charge virale si indétectable prescriptions des 2 bilans suivant:
 - J60(M1) , bilan sérologies VIH VHC VHB
 - J90- J120 (M3),bilan sérologies VIH VHC VHB
 - M6 bilan sérologies VIH VHC VHB
 - CS ET classement du dossier à archiver
-
-

Conduite à tenir

Sujet
exposé

Consulter en URGENCE
le médecin du COREVIH, le médecin référent, le médecin du travail ou l'urgentiste

*Centre

Circonstance de survenue et quantification du risque

- Nature exacte de l'exposition
- Délai AES-consultation
- Statut sérologique du sujet source
- Facteurs modifiant le risque

**Déclaration de
l'accident de travail**

Décision thérapeutique →

Suivi sérologique *pendant*
3 mois ± traitement

EVOLUTION DE LA TROUSSE D ' URGENCE

- Adaptée à l 'émergence rapide des mutations de résistance du VIH
- Adaptée aux progrès pharmacologiques
- Adaptée aux contraintes de la vie courante
- Adaptée aux rapports coût/ bénéfice
- Modulable

Déclaration de l'accident de travail

- Déclaration obligatoire :
 - Délai de 24h dans Etablissements privés = accident de travail
 - Délai de 48h dans Etablissements publics = accident de service
- L'identité du sujet source doit rester confidentielle

L'AES doit être notifié au service de médecine du travail dont dépend le soignant accidenté



Toute séroconversion sera notifiée au RNSP*

***Réseau National de Santé Publique**

Prévention d'une contamination potentielle

- Par le VHB
 - ➔ **Vaccination : obligatoire pour les professionnels de santé** (selon l'Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France du 12 mai 2000)

- Analyse des mécanismes en cause:
 - ➔ 64 % des piqûres pourraient être évitées par le respect des mesures standards et/ou l'utilisation de matériels de sécurité

Mesures de bases à prendre pour tout acte, tout patient, tout service

Gérard C et al. Risque professionnel d'infections virales (Hépatites A, B, C et Sida). Med Chir Dig. 1999 ; 28 : 27-32
Abiteboul D et al. Procédures à risque d'exposition au sang pour le personnel infirmier. Surveillance et évolution de 1990 à 1992 dans 10 hôpitaux. BEH. 1993; 43 : 195-6
Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. 12 mai 2000. <http://www.santé.gouv.fr>

10 précautions standards

1. **Porter des gants**

Choisir un modèle adapté à la tâche réalisée, conforme aux normes AFNOR. Ne dispense pas du lavage des mains

2. **Pansement**

Protéger une plaie par un pansement

3. **Se laver les mains**

Immédiatement avec du savon (puis désinfecter) en cas de contact avec du sang, et se laver systématiquement les mains après tout soin

4. **Porter un masque, des lunettes et une surblouse** (quand il y a un risque de projection)

5. **Faire attention lors de toute manipulation d'instruments pointus ou tranchants, potentiellement contaminés**

6. **Ne jamais plier ou recapuchonner les aiguilles**

10 précautions standards

7. **Utiliser un conteneur :** Jeter immédiatement tous les instruments piquants ou coupants dans un conteneur spécial : une aiguille souillée est une aiguille jetée
8. **Décontaminer immédiatement les instruments utilisés et les surfaces souillées par du sang ou liquide biologique :** utiliser de l'eau de Javel fraîchement diluée à 10 % ou un autre désinfectant efficace

9. **Au laboratoire**

Les précautions déjà citées doivent être prises systématiquement; les prélèvements doivent être transportés dans un tube ou flacon hermétiques, sous emballage étanche ; il est interdit de pipeter « à la bouche »

10. **Ces mesures de base doivent être complétées par des mesures spécifiques à chaque discipline et par l'adoption de matériel de sécurité adapté**

Conduite pratique sur le plan du risque VHB - VHC



Accidents d'exposition : risque viral non-VIH

- **VHB : risque après exposition**
 - **Sanguine : 6 % (Ag HBe -) à 30 % (Ag HBe +) (1)**
 - **Sexuelle : 1 à 3% par contact non protégé avec sujet Ag HBs + (2)**
 - **Mère-enfant : 70 à 90 % en cas d'Ag HBe + (2)**
- **VHC : risque après exposition**
 - **Sanguine : 0,5 à 1,8 % (1)**
 - **Sexuelle (3)**
 - **Hétérosexuelle < 1%**
 - **Homosexuels masculins : transmission accrue en cas d'IST associée et de pratiques traumatiques**
 - **Mère-enfant (4)**
 - **20 % en cas d'infection VIH associée**
 - **8,9 % en l'absence d'infection VIH associée**

(1) Lot F et Desenclos JC. INRS. Documents pour le médecin du travail n° 96 du 4^e trimestre 2003 : .

Après exposition au VHB

(transmission sexuelle ou sanguine)

Sujet exposé	Sujet source	Conduite à tenir
Vacciné avec réponse documentée (Ac anti-HBs > 10 UI/l) ou vacciné avant l'âge de 25 ans	Quel que soit le statut HBs	Aucune surveillance
Vacciné avec réponse non documentée ou non-vacciné	Ag HBs -	Vaccination du sujet exposé si non vacciné
	Ag HBs + ou statut VHB inconnu	Prélèvement du sujet exposé : Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs Séro-vaccination : 500 UI d'Ig anti-HBs et vaccination HB dans un autre site, sans attendre les résultats des sérologies du sujet source

Après exposition au VHC (transmission sanguine ou sexuelle)

Sujet exposé	Sujet source	Conduite à tenir
Sérologie VHC initiale positive	Quel que soit le statut VHC	Prise en charge spécialisée
Sérologie VHC initiale négative	Sérologie VHC -	Aucune surveillance
	Sérologie VHC + ou inconnue	Surveillance biologique à M1, M3 et M6 (sérologie, PCR VHC et ALAT). En cas d'élévation des ALAT ou de séroconversion VHC, réalisation d'une PCR VHC. En cas de positivité, discussion de l'indication d'un traitement précoce en service spécialisé

ACCUEIL DES AEV

- ❑ ACTEURS: La personne ayant pris un risque
L' infirmière d 'accueil et
médecin trieur.
 - ❑ LIEU: bureau de consultation isolé à
l'entrée des urgences PAR EX .
-
-

ACCUEIL DES AES

- ❑ : *Acte 1 : “Réconfort”. Déstresser*
 - ❑ : *Acte 2 : “Appréciation du risque et explications sur le traitement prophylactique”.*
 - ❑ : *Acte 3 : “Explications sur le suivi ultérieur et le circuit*
 - ❑ : *Acte 4 : “Bilan sanguin”.*
 - ❑ : *Acte 5 : “Délivrance du traitement”.et prise du traitement immédiatement*
-
-

Tableau 7 : Mécanisme à l'origine d'APC lors
d'injection sous-cutanée 2010

N=613 %

En manipulant une aiguille

En recapuchonnant 148 24,1

Retrait à travers la peau 143 23,3

En désadaptant 97 15,8

Introduction de l'aiguille à travers la peau 58 9,5

Manipulation d'instruments posés sur un plateau ou
une paille

En ramassant les objets pour les éliminer 22 3,6

En prenant ou posant cet objet 13 2,1

En manipulant un collecteur d'objets piquants

En introduisant le matériel dans un collecteur 27
4,4

Collecteur perforé 0 0,0

Lors de l'activation d'un matériel de sécurité 8 1,3

Autres

Autres manipulations d'aiguilles 42 6,9

Autres 41 6,7

Inconnu 14 2,3

Rapport
AES 2010
CCLIN
Paris Nord

Conclusion :

Recommandations aux libéraux

- Assurance spécifique ?
 - Gants, lunettes
 - Dakin pour immersion de la piqure 5mn
 - N° de tel de la source
 - Dépistage VIH.VHC VHB de la source et informer les patients des délais de réponse du laboratoire
 - Lieux d'urgences équipé de trousse d'ARV
 - Y aller sans tarder ne pas perdre de temps
-
-

Utilisation des TROD

test rapide d'orientation diagnostique

- DÉPISTAGE DES VIH : Ces tests rapides appelés « Trod »
- Actualité publiée le 23-11-2010 J.O.
- Désormais, un **non professionnel** de santé, salarié ou bénévole, peut réaliser un test rapide d'orientation diagnostique ou TROD, dans une structure de prévention ou une associative à condition qu'il ait préalablement suivi une formation validée sur leur l'utilisation. C'est l'une des actualités du récent arrêté de novembre, du Ministère de la Santé fixant les conditions de réalisation des TROD, de l'infection à VIH 1 et VIH 2. Il avait précédemment publié en mai dernier, un précédent arrêté fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du TROD mais dans les situations d'urgence.
-
- *En dehors des situations d'urgence, un TROD peut être réalisé chez toute personne, « dans son intérêt et pour son seul bénéfice, après l'avoir informée et avoir recueilli son consentement libre et éclairé », par différents professionnels de santé :*



Visuel TROD
INTI (R) du
laboratoire Nephrotek-
France)