

Accidents d'exposition au sang - Spécificités au bloc opératoire

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

* Introduction	1
1 Taux de transmission.....	1
2 Facteurs de risques spécifiques au bloc opératoire.....	2
3 Prévention.....	3
4 Sous-déclaration.....	4
5 Conduite à tenir en cas d'A.E.S.....	5
5 . 1 Exposition accidentelle à du sang ou à un liquide biologique contenant du sang.....	1
5 . 1 . 1 Rappel des mesures générales de prévention.....	1
5 . 1 . 2 Conduite à tenir.....	1
5 . 1 . 2 . 1 Le nettoyage de la plaie.....	1
5 . 1 . 2 . 2 L'appréciation du risque.....	1
5 . 1 . 2 . 3 Déclaration de l'accident et suivi sérologique.....	1
5 . 2 Exposition sexuelle.....	1
5 . 2 . 1 Les éléments à prendre en compte.....	1
5 . 2 . 2 Les étapes du processus.....	1
5 . 3 Exposition par partage de matériel de prise de drogue.....	1
5 . 3 . 1 Les éléments à prendre en compte.....	1
5 . 3 . 2 Les étapes du processus d'évaluation.....	1

INTRODUCTION

Définition d'un AES :

Accident survenant par contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang par :

- Effraction cutanée (piqûre, coupure)
- Projection sur une muqueuse ou sur peau lésée (plaie, dermatose).

I TAUX DE TRANSMISSION

- **Risque moyen de transmission** après exposition percutanée au sang d'un **patient infecté** :

- **0,3%** pour le VIH (0,03% par projection cutanéomuqueuse)
- **3%** pour le VHC
- **30%** pour le **Virus de l'Hépatite B => VHB 10 fois plus contaminant que Virus de l'Hépatite C et 100 fois plus que le VIH**

- **Virus de l'Immunodéficience Humaine : 14 séroconversions professionnelles** prouvées en France, 34 cas présumés au 31/12/2005.

- **VHC : 55 séroconversions professionnelles** recensées au 31/12/05 en France.

(En savoir plus : Institut de veille sanitaire. Contaminations professionnelles chez le personnel de santé par le VIH, le VHC et le VHB de santé [en ligne]. Données au 31 Décembre 2005.) Contaminations professionnelles chez le personnel de santé par le VIH, le VHC et le VHB de santé.

II FACTEURS DE RISQUES SPÉCIFIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

La fréquence des AES est élevée au BO (6 à 30% des interventions émaillées d'un AES) :

- surtout pour les **chirurgiens**, par piqûre de l'index de la main mineure, projections oculaires.

- sans spécialités plus exposantes que d'autres, mais le risque de **projection oculaire** semble plus important dans les blocs de chirurgie osseuse et de gynécologie-obstétrique.

- la **suture** et la **fermeture pariétale** étant les temps opératoires les plus vulnérants.

- plus une intervention est **longue et hémorragique**, plus elle est exposante.

- **Moins de séroconversions** professionnelles chez le personnel de bloc opératoire que chez les personnels d'hospitalisation malgré une plus grande fréquence de risque de survenue d'un AES.

- Risque diminué par :

- l'utilisation d'**aiguilles pleines** moins contaminantes que les aiguilles creuses.

- l'existence d'un effet d'essuyage par le port systématique des **gants**.

III PRÉVENTION

- Vaccination obligatoire contre l'Hépatite B
- Equipement de protection individuelle (Equipement de protection individuelle)
- Matériels de sécurité
- Respect des bonnes pratiques

DES MESURES DE PROTECTION SPECIFIQUES EXISTENT EN BLOC OPERATOIRE ET L'EMPLOYEUR A OBLIGATION METTRE A LA DISPOSITION DES OPERATEURS DES MOYENS DE PROTECTION ADAPTES.

• VACCINATION HEPATITE B

- Vaccination **obligatoire** pour le personnel soignant (**loi n°91-73 du 18 janvier 1991 (En savoir plus : Loi n°91-71 du 18 janvier 1991)**).
 - Documentée avec un taux d' **Anticorps anti - HBs > 10 UI/L** si primovaccination pratiquée après 25 ans
- La couverture vaccinale est croissante et estimée à environ 80 % du personnel soignant.

• E . P . I.

1. les gants

Le port d'une double paire de gants :

- diminue le taux de perforation du gant interne en fin d'intervention.
- diminue la quantité de sang transmise lors d'une perforation par effet d'essuyage.

2. le matériel non tissé

- Le matériel tissé n'assure aucune protection dès qu'il est humidifié.
- Les casaques en matériel non tissé voire renforcées doivent être utilisées pour leur effet barrière en cas de projection et ce tout particulièrement pour les chirurgies très hémorragiques.

3. la protection oculaire

- Les lunettes de vue n'ont pas d'effet protecteur du fait de l'absence de protection sus et sous orbitaire.

- Il est indispensable de porter des **lunettes de protection** ou mieux encore des **masques chirurgicaux à visière** pour prévenir le risque de projection oculaire particulièrement fréquent en chirurgie osseuse ou obstétricale.

> l'amélioration de la protection oculaire dans les BO constitue une des priorités du groupe AES pour 2007.

• MATERIELS DE SECURITE

1. les aiguilles

- Les aiguilles droites sont plus vulnérantes que les aiguilles courbes.

- Les aiguilles à bout mousse divisent par 4 le risque d'AES lors de la fermeture pariétale par rapport aux aiguilles courbes conventionnelles.

2. les collecteurs stériles

- Il existe des collecteurs stériles à aiguilles et lames de différentes tailles que l'on peut fixer directement sur la table d'intervention.

- Ceux-ci permettent une élimination directe des piquants/tranchants en évitant les AES en lien avec des objets vulnérants traînants.

• LES BONNES PRATIQUES

- une ambiance de travail calme contribuera à sécuriser les procédures de transfert des instruments.

- par contre, le dépistage préopératoire des patients n'a aucun intérêt pour réduire le risque d'AES.

(En savoir plus : BOUVET E., Accidents d'exposition au sang au bloc opératoire. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie [en ligne]. 2002, Vol. 1 N°4, p. 37-39.) Accidents d'exposition au sang au bloc opératoire.

IV SOUS-DÉCLARATION

- **La sous-déclaration reste importante dans les blocs +++**

- **2 explications :**

- **procédure de déclaration** jugée trop complexe

- **absence de cadre réglementaire clair** quant à l'exercice d'un chirurgien en cas de séroconversion :

- des observations documentées de contamination de chirurgiens à patients ont été rapportées pour le VHB, le VHC et le VIH.

- avis et recommandations des Conseils National de l'Ordre et National du Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquis sur l'aptitude d'un soignant contaminé mais aucune décision réglementaire prise à ce jour...

(En savoir plus : Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France Section Maladies Transmissibles. Relatif à la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficiences humaine (VIH) aux patients par les professionnels de santé [en ligne].)
avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France relatif à la prévention de la transmission du VIH aux patients par les professionnels de santé, 17 juin 2005).

V CONDUITE À TENIR EN CAS D'A.E.S.

Annexe 2 de la 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

[S'agissant de l'enfant, voir chapitre "traitement antirétroviral chez l'enfant] (En savoir plus : Annexe 3 - Accident d'exposition au sang. Annexe 2 de la 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. Accident d'exposition au risque de transmission du VIH, Processus d'appréciation du risque [en ligne].)

ACCIDENT D'EXPOSITION AU RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH PROCESSUS D'APPRECIATION DU RISQUE

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

(Recommandation : Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire N° DGS/DH/DRT/DSS/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 [en ligne].)
Recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.

V.1 EXPOSITION ACCIDENTELLE À DU SANG OU À UN LIQUIDE BIOLOGIQUE CONTENANT DU SANG

Les expositions accidentelles peuvent survenir dans un cadre professionnel chez un soignant, un cadre professionnel hors champ du soin ou hors cadre professionnel (soin à un patient par son entourage, piqûre par une seringue abandonnée sur la voie publique par exemple). Une exposition accidentelle, qu'elle ait lieu au cours d'un exercice professionnel ou non, est définie par un contact avec du sang ou un liquide contenant du sang lors d'une piqûre avec une aiguille, d'une coupure avec un objet tranchant ou par un contact avec du sang ou du liquide contaminé sur une plaie, une peau non intacte ou une muqueuse.

Des études sur le personnel de santé exposé à du sang infecté par le VIH ont permis de chiffrer le risque de transmission à 0,32% [0,18%-0,46%] après une exposition percutanée et n'ont identifié qu'un cas de séroconversion après projection sur les muqueuses ou sur la peau lésée. Aucune étude n'existe concernant les blessures accidentelles hors activité de

soin, mais deux cas de contamination ont été rapportés en France, l'une chez un éboueur et l'autre chez un collecteur de déchets.

V.1.1 Rappel des mesures générales de prévention

Les mesures de prévention à respecter lors de la manipulation de sang et de liquides biologiques sont fondées sur le principe selon lequel tout sang ou liquide biologique est potentiellement infectant (contaminé par le VIH ou par d'autres agents pathogènes transmissibles par voie sanguine).

Elles consistent, notamment, à se laver les mains, à manipuler avec soin les objets tranchants et piquants et à les jeter immédiatement après usage dans un conteneur, à ne pas recapuchonner les aiguilles, à désinfecter ou stériliser convenablement les instruments ou à les jeter après utilisation selon le cas et à porter un équipement de protection personnel adapté aux diverses situations (gants, masque, blouse, tablier, lunettes).

Il est du rôle de l'employeur d'assurer la formation des personnels en matière d'hygiène hospitalière, de précautions à prendre pour éviter l'exposition au risque de contamination par des agents infectieux et de procédures à suivre en cas d'accident. Son rôle est aussi de fournir des moyens de protection individuelle et de mettre à disposition des matériels de sécurité.

V.1.2 Conduite à tenir

V.1.2.1 Le nettoyage de la plaie

- Après piqûre ou blessure cutanée, nettoyer *immédiatement* la plaie à l'eau courante et au savon, rincer, puis réaliser l'antisepsie avec un dérivé chloré (soluté de Dakin ou éventuellement eau de Javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10e) ou, à défaut, à l'alcool à 70° ou à la polyvidone iodée en solution dermique, en assurant un temps de contact d'au moins 5 minutes.

- En cas de projection sur les muqueuses, en particulier au niveau de la conjonctive, rincer abondamment, de préférence au sérum physiologique ou sinon à l'eau au moins 5 minutes.

V.1.2.2 L'appréciation du risque

1. Les éléments à prendre en compte

Le délai entre l'exposition et la consultation :

S'il est court la plupart du temps pour un personnel de santé exposé au cours de son activité professionnelle, il peut être plus important pour une personne exposée sur la voie publique ou dans une activité professionnelle sans rapport avec le soin. Une personne consultant au delà de 48 heures sera plutôt orientée vers une démarche visant à un diagnostic précoce de l'infection.

La sévérité de l'exposition :

Le risque de transmission est directement lié à la profondeur de la blessure et au type d'aiguille ou de matériel en cause.

- Plus la blessure est profonde, plus le risque de contamination est élevé.
- Les piqûres par aiguille creuse souillée de sang, telles les aiguilles de prélèvement veineux ou artériel, sont les plus susceptibles d'entraîner une contamination.
- Les piqûres avec des aiguilles sous-cutanées ou intramusculaires ne contenant pas de sang et les piqûres à travers des gants avec des aiguilles pleines, comme les aiguilles à suture, présentent un risque moindre de contamination par le VIH.
- Les projections cutanéomuqueuses présentent un risque encore plus faible.

La nature du liquide biologique responsable :

Seul le sang ou des liquides biologiques contenant du sang ont été à l'origine de cas prouvés de contaminations professionnelles par le VIH.

A ce jour, si le VIH a également été retrouvé dans le sperme, les sécrétions vaginales, le lait, les liquides amniotique, péricardique, péritonéal, pleural, synovial ou céphalo-rachidien, aucun cas de séroconversion, après exposition à de tels liquides, n'a jamais été rapporté. Dans la salive, les larmes, l'urine, les selles, les sécrétions nasales, la sueur, le virus est habituellement indétectable ou en concentration trop faible pour entraîner une contamination.

En ce qui concerne les seringues abandonnées, le virus pourrait survivre plusieurs jours dans du sang séché et donc garder son pouvoir infectant. Néanmoins, en dehors des cas où la seringue vient d'être abandonnée le risque de transmission est très diminué en raison de la coagulation du sang et de la formation rapide d'un caillot bouchant l'aiguille en quelques

heures.

Le statut sérologique et clinique de la personne source :

Il faut prendre en compte le statut sérologique de la personne source (sérologies VIH, recherche de virémie VHB et VHC en cas de sérologie positive aux VHB ou VHC) et son statut clinique (primo-infection ou stade évolué de l'infection à VIH augmentent le risque de contamination). Quand il est connu comme infecté par le VIH, ses traitements antérieurs, son niveau immunitaire et sa charge virale doivent être recherchés.

Si le statut sérologique de la personne source n'est pas connu, il est important d'essayer de le rechercher, ce qui nécessite l'accord de la personne. Le médecin responsable du patient lui prescrit rapidement une sérologie et une recherche de virémie pour le VIH, le VHB et le VHC.

En l'absence de données biologiques (recherche impossible, refus de la personne), ou en l'attente des résultats, on se basera sur la clinique et sur des arguments épidémiologiques.

2. Les étapes de l'évaluation

Si la personne source est connue comme infectée par le VIH, la décision de prophylaxie repose sur les critères de sévérité de la blessure.

En cas d'exposition massive, à haut risque :

Sont considérées à haut risque toute piqûre profonde, par dispositif intra-vasculaire ou aiguille creuse ayant servi par voie intraveineuse ou intra-artérielle et toute exposition à du VIH concentré (par exemple en laboratoire de recherche). Dans ce cas le traitement est recommandé.

En cas d'exposition à risque intermédiaire :

Il s'agit par exemple de coupure avec un bistouri à travers des gants, ou de piqûre superficielle avec une aiguille creuse ayant servi par voie intraveineuse ou intra-artérielle. Dans ce cas le traitement dépend du bilan de la personne source :

- il est recommandé si la personne source présente une charge virale élevée ou une pathologie opportuniste en cours d'évolution
- il ne se discute que si le patient source est à un stade asymptomatique ou présente une charge virale faible ou indétectable. Il faut tenir compte de la nature précise de l'exposition et des facteurs liés à l'intéressé, en particulier de sa motivation et du retentissement psychologique....

En cas d'exposition minimale, à risque faible :

Il peut s'agir d'une simple érosion épidermique superficielle avec une aiguille pleine (aiguille à suture) ou creuse et de petit calibre (IM ou sous-cutanée), ou d'un contact cutanéomuqueux sans blessure. Dans ce cas le traitement doit être discuté en tenant compte :

- de la nature exacte de l'exposition (en particulier du caractère prolongé et important d'une projection de sang sur une muqueuse ou une peau lésée),
- du statut du patient source (affection opportuniste évoluant ou charge virale élevée),
- et des facteurs liés à l'intéressé (motivation, retentissement psychologique...).

Tableau 1 : Les étapes de l'évaluation

EXPOSITION	PERSONNE SOURCE VIH+	
	charge virale élevée	stade asymptomatique et/ou charge virale faible
massive	recommandé	recommandé
intermédiaire	recommandé	se discute
minime	se discute	se discute

Lorsque le statut VIH de la personne source est inconnu au moment de l'accident.

Il existe au moins un argument pouvant suggérer une infection VIH chez la personne source :

- en présence d'une symptomatologie clinique ou biologique compatible soit avec une primo-infection VIH, soit avec un déficit immunitaire sévère.
- sur des arguments épidémiologiques : prévalence de l'infection parmi les malades pris en charge dans l'établissement, notion de facteurs de risque chez la personne source.

Dans ce cas l'étude de l'exposition est déterminante :

- le traitement est recommandé pour une exposition à haut risque,
- le traitement se discute pour une exposition à risque intermédiaire ou faible,
- dans le cas particulier des seringues abandonnées, le traitement se discutera en fonction de la profondeur de la piqûre, tout en sachant que le risque est faible en raison de la coagulation du sang dans l'aiguille.

Il n'existe aucun argument suggérant une infection chez la personne source

Le traitement ne se discute qu'en cas d'exposition à haut risque.

Dans tous les cas, il est important même secondairement, de rechercher le statut de la personne source, et s'il est inconnu de lui proposer un dépistage, avec son consentement, qui permettra en cas de négativité d'interrompre le traitement débuté.

Tableau 2 : Les étapes de l'évaluation

EXPOSITION	PERSONNE SOURCE DE STATUT VIH INCONNU	
	Au moins un argument suggérant une infection VIH possible	Aucun argument suggérant une infection VIH possible
massive intermédiaire ou minime	recommandé se discute	se discute pas de traitement

L'évaluation de la situation au regard du risque de transmission du VHB et du VHC.

Si le sujet source est virémique pour le VHC (recherche d'Acide rinoNucléique par Polymerase Chain Reaction/ Réaction en Chaîne par Polymérase positive), ou si son statut vis à vis du VHC est inconnu, il faut mettre en place un suivi permettant le diagnostic précoce d'une infection chez le sujet exposé par un dosage de l'Alanine aminotransférase² (ALAT) ou transaminase glutamique pyruvique (TGP) tous les 15 jours pendant deux mois, puis tous les mois pendant les quatre mois suivants, par une PCR tous les mois jusqu'au 3e mois et une recherche d'anticorps anti-VHC au 3e et au 6e mois afin de pouvoir envisager un traitement par interféron alpha dès l'apparition d'une hépatite aigüe.

Quelle que soit la connaissance du statut sérologique et virémique du sujet source pour le VHB, si la personne exposée n'est pas vaccinée ou si son immunisation vis à vis du virus de l'hépatite B n'a pas été récemment vérifiée, ou si le résultat de l'antigène HBS et de l'anticorps anti-HBS ne peut pas être obtenu dans les 12 heures, il y a indication à injecter précocement (dans les 12 heures) des gammaglobulines anti HBS et ultérieurement à prévoir une vaccination.

V.1.2.3 Déclaration de l'accident et suivi sérologique

L'accident est obligatoirement déclaré dans les 24 heures comme accident du travail (établissements privés), ou dans les 48 heures comme accident de service (établissements publics) selon les modalités en vigueur dans l'établissement d'appartenance du soignant et en fonction de son statut. Cette déclaration doit être établie de manière à protéger la confidentialité des données concernant l'identité du patient à l'origine de l'éventuelle contamination. L'accident est, par ailleurs, notifié au service de médecine du travail dont dépend le soignant accidenté.

Dans tous les cas, une sérologie VIH doit être pratiquée chez le soignant avant le 8ème jour qui a suivi l'accident. Si la sérologie VIH se révèle négative, un suivi sérologique sera réalisé (voir Annexe 3 - p 19), en particulier au 3ème mois et avant la fin du 6ème mois après l'accident, la durée du suivi après exposition accidentelle étant de 6 mois.

La recherche des anticorps anti VHC et la recherche de l'Antigène de surface du virus de l'hépatite B seront réalisés dès l'accident. Le suivi biologique sera engagé comme indiqué précédemment.

- Si le risque est important : agir comme si le sujet source était virémique (ALAT tous les 15 jours, PCR tous les mois jusqu'au 3e mois, sérologie aux 3e et 6e mois.
- Si le risque est faible, une mesure des ALAT tous les mois pendant trois mois, une PCR et une sérologie à 3 et 6 mois paraissent suffisants.

V.2 EXPOSITION SEXUELLE

V.2.1 Les éléments à prendre en compte

- 1 - Le délai entre l'exposition et la consultation doit être considéré d'emblée. Une personne consultant au delà de 48 heures sera orientée vers une démarche visant à un diagnostic précoce de l'infection.
- 2 - Le statut du partenaire source vis-à-vis du VIH est l'élément qui conditionne le plus l'évaluation d'une exposition sexuelle, hétérosexuelle ou homosexuelle. Il faut demander au partenaire, lorsqu'on le connaît, s'il accepte de faire état d'éventuels tests de dépistage, ou les lui proposer. Cependant cette recherche ne doit pas faire retarder la prise de décision.
- 3 - La description détaillée de la pratique sexuelle exposante permet de se référer à une hiérarchisation des pratiques sexuelles selon le risque. La situation comportant le plus de risques est la pénétration anale réceptive non protégée. Les autres situations comportent un risque identifié. La sexualité orale est considérée comme à plus faible risque, non quantifié,

mais il est hautement probable que quelques cas de contamination lui soient liés.

4 - La recherche des facteurs modifiant le risque :

- Lorsque le partenaire sexuel est connu comme positif au VIH, il faut tenir compte du stade de l'infection.
- Aggravent l'infectiosité : la primo-infection et le stade sida, périodes d'infectiosité les plus élevées ; des CD4 inférieurs à 200/mm³, une antigénémie p24 positive, une charge virale élevée non contrôlée ou une multi-résistance aux antirétroviraux.
- Les infections et les lésions génitales
- Aggravent l'infectiosité du partenaire : les infections génitales (urétrite, gonorrhée, infection à cytomégalovirus).
- Augmentent la susceptibilité de l'exposé :
 - * La présence d'ulcères génitaux (chancres mou, syphilis, herpès) chez l'homme et la femme.
 - * Gonorrhée, chlamydia, trichomonas et infections bactériennes chez la femme
 - * L'ectopie du col de l'utérus.
- *Les rapports sexuels pendant les règles* augmentent le risque pour le partenaire masculin.
- *Enfin, le saignement au cours du rapport sexuel* augmente le risque. Le premier rapport sexuel ainsi que la violence sexuelle sont aussi des facteurs de risque.
- Le nombre de rapports sexuels au cours de la situation exposante doit être pris en compte.

ON N'OMETTRA PAS LA RECHERCHE DE L'IMMUNITE PAR RAPPORT A L'HEPATITE B.

Si la personne exposée n'est pas vaccinée, ou en cas de doute, recherche de l'antigène HBS et de l'anticorps anti-HBS afin de proposer, si la recherche est négative, une injection de gammaglobulines anti HBS et ultérieurement une vaccination.

V.2.2 Les étapes du processus

Motif de la consultation :

Une description rapide de la situation d'exposition permet d'exclure d'emblée des inquiétudes non justifiées (baiser, rapport sexuel avec préservatif resté en place et non rompu ...).

Estimation du délai entre l'exposition et la consultation :

Le délai est estimé à partir du *dernier des rapports sexuels* constituant la situation exposante. La mise en place du traitement doit intervenir le plus tôt possible dans les heures qui suivent l'exposition. La limite de 48 heures semble raisonnable pour la recherche d'une efficacité maximale, tout en sachant qu'il est difficile de refuser un traitement au seul vu des délais dans certaines circonstances (expositions à haut risque, viol).

Certaines personnes consultent après une exposition exceptionnelle au VIH, d'autres alors qu'elles ont été exposées de multiples fois. Ces dernières restent éligibles dans le cas où la dernière situation exposante relève du délai de prescription du traitement. La sérologie doit être faite dans le bilan initial et permet rapidement de déterminer si la personne est déjà contaminée et de réorienter le traitement.

Le statut du partenaire sexuel par rapport au VIH doit orienter la discussion :

1) Le statut par rapport au VIH est connu et positif.

L'évaluation du risque est réalisable. Les pratiques sexuelles pendant l'exposition, qu'il s'agisse de rapports anaux ou vaginaux, permettent à elles seules de conseiller un traitement.

Les informations sur le stade de l'infection du partenaire, son traitement et le niveau de sa charge virale permettent d'ajuster au mieux le traitement prescrit.

L'indication se discute dans le cas de pratiques à faible risque (rapport oral avec ou sans éjaculation). Le traitement éventuel ne s'envisage qu'en cas de facteurs augmentant le risque.

2) *Le statut par rapport au VIH est inconnu. Le partenaire appartient à un groupe exposé dans lequel la prévalence de l'infection est importante : homosexuel, bisexuel, usager de drogue IV.*

L'évaluation du risque est réalisable. Les mêmes règles que le cas précédent s'appliquent. Il est néanmoins important d'essayer d'obtenir le statut du partenaire.

3) *Le statut par rapport au VIH est inconnu. Le partenaire peut être défini comme un hétérosexuel multipartenaire ou est originaire d'une zone à transmission hétérosexuelle prédominante (Afrique sub-saharienne, Caraïbes, Asie du sud-est).*

L'évaluation du risque est plus difficile. L'analyse de l'exposition ne suffit pas pour conseiller un traitement, la recherche d'autres facteurs augmentant le risque doit être réalisée. Le traitement ne se discute qu'en leur présence. Il est important d'essayer d'obtenir le statut du partenaire.

4) *Le statut par rapport au VIH est inconnu. Il n'y a aucune information disponible sur le partenaire.*

L'évaluation du risque est extrêmement difficile.

- S'il s'agit d'une pratique à faible risque, en l'absence de facteurs d'augmentation du risque, le traitement ne doit pas être conseillé.

- Dans le cas d'une pratique à risque important le traitement se discute : il n'est éventuellement envisagé qu'en présence de facteurs augmentant le risque ; la situation de viol correspondra fréquemment à ce cas. Si la personne source est joignable il est important d'essayer d'obtenir son statut vis à vis du VIH. Le traitement éventuellement initié sera arrêté rapidement s'il n'est pas atteint.

5) *La situation de viol chez un homme ou une femme.*

La violence sexuelle a des conséquences importantes en termes de traumatismes physiques et psychologiques. Le risque d'avoir contracté une maladie sexuellement transmissible et notamment l'infection par le VIH existe. Il est important pour un homme violé dans une prison, compte tenu de la prévalence de l'infection par le VIH beaucoup plus élevée dans la population carcérale que dans la population générale. Les personnes doivent pouvoir bénéficier d'un traitement antirétroviral après exposition.

L'information sur le statut de l'agresseur vis à vis du VIH, s'il est possible de l'avoir, est importante. Le fait qu'il ne soit pas atteint permet de ne pas proposer ou d'interrompre un traitement de première intention.

Tableau 3 : Eléments d'appréciation de la potentialité de transmission au cours d'une exposition sexuelle

Pratiques à risque, par ordre décroissant de probabilité de contamination par acte	Facteurs augmentant le risque de transmission
<p>Risque de transmission</p> <p>1 - RS anal réceptif, partenaire VIH+ Prob. par acte : entre 5 %0 et 3 %.</p> <p>2 - RS anal réceptif, partenaire VIH+ ou inconnu Prob. par acte : entre 0,3 %0 et 7 %0.</p> <p>3 - RS vaginal insertif, partenaire VIH+ ou inconnu Prob. par acte : entre 0,2 %0 et 0,5 %0.</p>	<p>1 - Stade de l'infection du partenaire</p> <p>2 - Infection/lésion génitale</p> <p>3 - RS pendant règles</p> <p>4 - Saignement au cours du RS</p>

<p>4 - RS anal insertif, partenaire VIH+ ou inconnu Prob. par acte : entre 0,1 %0 et 1,8 %0. Faible risque</p> <p>5 - RS oral réceptif ou insertif, avec ou sans éjaculation, partenaire VIH+ ou inconnu</p>	
---	--

RS = Rapport sexuel - Rapport réceptif : avec pénétration par un partenaire atteint - Rapport insertif : avec pénétration d'un(e) partenaire atteint(e).

V.3 EXPOSITION PAR PARTAGE DE MATÉRIEL DE PRISE DE DROGUE

V.3.1 Les éléments à prendre en compte

1 - Le délai entre l'exposition et la consultation

2 - La connaissance précise de la pratique à risque a une valeur décisionnelle plus forte que la connaissance du statut du partenaire de partage, qui appartient de facto à un groupe à haut risque d'infection pour le VIH, le VHB et le VHC.

Les pratiques à haut risque de contamination sont le partage de la seringue et/ou de l'aiguille pour l'injection et le partage de la préparation (drogue).

Les pratiques à risque intermédiaire mais non négligeable sont l'utilisation des autres éléments du matériel d'injection alors qu'ils ont déjà été utilisés par d'autres usagers de drogues par voie intraveineuse (Usager de drogue intraveineuse) : récipient ou cuillère, eau de rinçage ou de dilution, filtre.

3 - Certains facteurs modifient le risque et interviennent dans la décision éventuelle de traiter. Il s'agit de facteurs liés à la pratique de l'injection ou aux caractéristiques de l'usager.

Les facteurs augmentant le risque liés à la pratique sont :

- l'immédiateté du partage de la seringue par rapport à un partage différé,
- le profil d'injection du partenaire de partage (plus d'une injection par jour),
- le nombre d'UDIV présents,
- le lieu du partage (squat > rue > domicile...),
- l'ordre dans le prélèvement de la dose (4e > 3e > 2e).

Les facteurs augmentant le risque liés à l'usager sont :

- l'exclusion sociale, qui est un facteur de partage,
- l'appartenance à un réseau social à risque,
- le mode relationnel avec le(s) partenaire(s) de partage qui peut conduire l'usager à ne pas pouvoir refuser le partage.

Le risque peut être diminué par : le nettoyage de la seringue avec de l'eau non souillée, de l'eau de javel, de l'alcool à 70° ou par stérilisation.

ON N'OMETTRA PAS LA RECHERCHE DU STATUT PAR RAPPORT AU VHB ET AU VHC

Si le sujet source est virémique pour le VHC, ou si son statut vis à vis du VHC est inconnu, il faut mettre en place un suivi permettant le diagnostic précoce d'une infection chez le sujet exposé : dosage de l'ALAT tous les 15 jours pendant deux mois, puis tous les mois pendant les quatre mois suivants, PCR tous les mois jusqu'au 3e mois et recherche d'anticorps anti-VHC au 3e et au 6e mois. L'apparition d'une hépatite aigüe fera envisager un traitement par interféron alpha.

Quelle que soit la connaissance du statut sérologique et virémique du sujet source pour le VHB, si la personne exposée n'est pas vaccinée ou si son immunisation vis à vis du virus de l'hépatite B n'a pas été récemment vérifiée, ou si le résultat de l'antigène HBS et de l'anticorps anti-HBS ne peut pas être obtenu dans les 12 heures, il y a indication à injecter précocement (dans les 12 heures) des gammaglobulines anti HBS et ultérieurement à prévoir une vaccination.

V.3.2 Les étapes du processus d'évaluation

Motif de la consultation :

On portera une attention particulière à 2 types de populations : "les novices" de l'injection et les détenus et sortants de prisons, qui sont dans une situation de grande vulnérabilité.

Estimation du délai entre l'exposition et la consultation :

L'exposition parentérale est la situation dans laquelle l'urgence est la plus grande, du fait d'un risque de dissémination plus rapide. En cas d'injections multiples au cours de la situation exposante, on calculera le délai à partir de la dernière injection. Un traitement devrait être prescrit dans un délai de 48 heures après la dernière exposition.

Description de la pratique d'injection :

1) *Le partage immédiat de la seringue ou de l'aiguille pour l'injection, le partage du produit de seringue à seringue.*

Ce sont des pratiques à haut risque suffisantes en elles-mêmes pour l'indication d'un traitement.

2) *Le partage du produit à partir du récipient ayant servi à la préparation, le partage différé d'une seringue ou l'échange par erreur (couple ou fratrie sérodiscordants) de la seringue d'un autre.*

Ce sont aussi des pratiques à haut risque. Le traitement est indiqué et ne se discute qu'en présence de facteurs diminuant le risque (lavage de la seringue, ordre dans le prélèvement).

3) *La réutilisation des autres éléments du matériel d'injection - récipient, eau de rinçage et de dilution, cuillère et filtre.*

Ce sont des pratiques à risque intermédiaire mais non négligeable.

- Si au moins un des usagers présents ayant utilisé un de ces éléments est connu comme positif pour le VIH, l'indication de traitement après exposition est justifiée.

- Sinon, la recherche de facteurs augmentant le risque liés à la pratique ou aux caractéristiques de l'utilisateur est nécessaire pour prendre la décision de traiter. Il convient aussi de prendre en compte les éventuels facteurs de diminution du risque, comme le nettoyage des éléments du matériel d'injection.

Tableau 4 : Partage du matériel ou de la préparation d'injection de drogue : hiérarchisation des risques

Pratiques à risque	Facteurs le risque	Facteurs - le risque
<p><i>Haut risque :</i></p> <p>1 - partage de la seringue et de l'aiguille</p> <p>2 - partage de la préparation :</p> <p>* de seringue à seringue</p> <p>* par le biais d'un récipient</p> <p>Risque</p>	<p>- Statut sérologique VIH +</p> <p>- Partage immédiat</p> <p>- Ordre dans le prélèvement de la dose : 4e > 3e > 2e</p> <p>- Initiation à l'injection</p> <p>- Injection dans un</p>	<p>- Lavage, rinçage avant utilisation de la seringue du partenaire : eau, eau de javel à 12° , alcool 70° , stérilisation</p> <p>- Nettoyage également des autres éléments du matériel à l'eau (stérile ou plate), eau de javel 12° , tampon alcoolisé 70°</p> <p>- Ordre dans le prélèvement : 1er</p>

<p>intermédiaire , non négligeable :</p> <p>3 - réutilisation de la cuillère, du récipient</p> <p>4- préparation à partir de filtres déjà utilisés ("faire les cotons")</p> <p>5 - partage de l'eau de dilution, de l'eau de rinçage</p>	<p>cadre collectif : groupes, soirées,</p> <p>- Partenaire de partage proche : fratrie, partenaire sexuel, ami</p>	
--	--	--

VI ANNEXES

EN SAVOIR PLUS

- Annexe 3 - Accident d'exposition au sang. Annexe 2 de la 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. Accident d'exposition au risque de transmission du VIH, Processus d'appréciation du risque [en ligne]. : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/36_vih17.htm
- Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France Section Maladies Transmissibles. Relatif à la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) aux patients par les professionnels de santé [en ligne]. : <http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040043.htm>
- BOUVET E., Accidents d'exposition au sang au bloc opératoire. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie [en ligne]. 2002, Vol. 1 N°4, p. 37-39. : http://www.bium.univ-paris5.fr/acad-chirurgie/emem_cad.htm
- Institut de veille sanitaire. Contaminations professionnelles chez le personnel de santé par le VIH, le VHC et le VHB de santé [en ligne]. Données au 31 Décembre 2005. : <http://www.invs.sante.fr/recherche/index2.asp?txtQuery=Contaminations+professionnelles+2005&Submit.x=0&Submit.y=0>
- Loi n°91-71 du 18 janvier 1991 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006077122&dateTexte=20090427>

RECOMMANDATION

- Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire N° DGS/DH/DRT/DSS/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 [en ligne]. : http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/contamination/98_228t.htm

ABRÉVIATIONS

- Ag HBS : Antigène de surface du virus de l'hépatite B
- ALAT : Alanine aminotransférase2 (ALAT) ou transaminase glutamique pyruvique (TGP)
- ARN : Acide ribonucléique
- EPI : Equipement de protection individuelle
- PCR : Polymerase Chain Reaction/ Réaction en Chaîne par Polymérase
- SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficienc Acquis
- UDIV : Usager de drogue intraveineuse
- VHB : Virus de l'Hépatite B
- VHC : Virus de l'Hépatite C
- VIH : Virus de l'Immunodéficienc Humaine