

Recommandation adoptée par le Comité technique national des activités de services 1 (CTN H), lors de sa réunion du 4 novembre 2004, et le Comité technique national des activités de services 2 et travail temporaire (CTN I), lors de sa réunion du 30 novembre 2004.

Risque biologique en milieu de soins

1. PRÉAMBULE

Le Comité technique national I « Activités de services 2 et travail temporaire » et le Comité technique national H « Activités de service 1 » ont souhaité élaborer des recommandations concernant le risque biologique infectieux pour les professions de santé.

En effet, les maladies infectieuses sont au premier plan des préoccupations de santé publique en France comme dans la plupart des pays. Des facteurs sociaux, technolo-

giques et d'environnement favorisent l'émergence de maladies nouvelles et la résurgence de maladies anciennes, parfois sous des formes résistant aux thérapeutiques. À côté de maladies dont le risque de transmission aux soignants est connu comme, par exemple, la tuberculose et les maladies transmissibles par voie sanguine (infections par les virus des hépatites B et C et par le virus de l'immunodéficience humaine), le secteur de soins doit être préparé à affronter de nouvelles maladies

infectieuses en intégrant la protection des soignants. Il est donc indispensable de développer des programmes d'évaluation et de maîtrise des risques infectieux, afin de protéger les personnels de santé.

Le décret du 4 mai 1994 (art. R. 231-60 à R. 231-65 du code du travail), relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques, précise les obligations du chef d'établissement en matière d'évaluation et de prévention du risque biologique. Ce

décret distingue deux types d'activités : les activités impliquant l'utilisation « délibérée » d'agents biologiques et les activités qui peuvent conduire à exposer les travailleurs à un ou plusieurs agents biologiques. Les professions de santé entrent dans cette deuxième catégorie d'activités avec exposition « potentielle » au risque biologique. Certains articles du décret concernent spécifiquement les professions de santé (art. R. 231-62-3 ; art. R. 231-64 ; art. R. 231-64-1). À côté des dispositions du code du travail, des textes officiels émanant du ministère chargé de la Santé, apportent des précisions sur les mesures de prévention à mettre en œuvre pour protéger les professions de santé face à certains risques infectieux professionnels.

L'objectif de ces recommandations est d'améliorer la prévention des risques infectieux encourus par les personnels de santé et de favoriser la mise en œuvre des mesures réglementaires en vigueur.

2. INTRODUCTION

La prévention des risques infectieux pour les professions de santé est une partie intégrante de la lutte contre les infections nosocomiales. L'élaboration d'un programme de prévention et la mise en place de mesures spécifiques pour protéger les personnels de santé doit prendre en compte l'ensemble des risques de transmission d'agents infectieux (figure 1) et la qualité des soins aux patients. À l'inverse, cette protection des personnels de santé devrait être prise en compte dans l'élaboration de tout protocole de soins. Il faut cependant souligner que de nombreux agents biologiques responsables d'infections nosocomiales touchant les patients ne représentent pas un réel danger pour les soignants, les risques étant pour la plupart liés à l'hôte (affaiblissement des défenses immunitaires, portes d'entrée chirurgicales, greffes sur cathéters ou sondes...). Ceci doit rester en mémoire lors de l'évaluation des risques.

L'évaluation des risques que doit réaliser tout employeur (loi du 31 décembre 1991 et décret du 5 novembre 2001 précisant que la transcription des résultats de cette évaluation doit se faire dans un document unique), doit inclure systématiquement l'évaluation des risques infectieux. Dans le contexte particulier des établissements de soins, pour réaliser cette évaluation, l'employeur pourra faire appel au CHSCT, ou en son absence aux délégués du personnel, au médecin du travail mais aussi au CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales, dont l'organisation et les missions sont définies par décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999) et/ou (à défaut de CLIN dans l'établissement) au C.CLIN (Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales) de son interrégion.

L'identification des dangers, indépendamment des tâches et des postes de travail, doit prendre en compte :

- la nature des agents infectieux susceptibles d'être présents et leur classement en fonction de leur groupe de pathogénicité (classement de 2 à 4 en fonction d'une pathogénicité croissante, conformément à l'arrêté du 18 juillet 1994 modifié fixant la liste des agents biologiques pathogènes) ;
- les modes de transmission de ces agents infectieux (par voie aérienne, par gouttelettes de Pflügge (cf. § 4.3), par voie percutanée ou contact cutanéomuqueux, par voie digestive) ;
- les données épidémiologiques, telles que la prévalence dans la population générale et dans la population soignée, l'existence d'un portage chronique ;
- les données de la recherche : le taux d'infection après exposition, par exemple.

La description des dangers doit inclure le cas particulier de la femme enceinte, que ce soit la gravité accrue de la maladie pour la

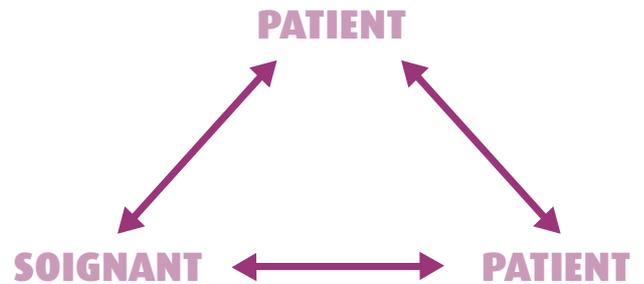


Figure 1. Risques de transmission nosocomiale

femme elle-même, la possibilité de transmission au fœtus et les conséquences pour le fœtus, le danger de certaines thérapeutiques en cours de grossesse...

L'étape suivante, l'analyse des risques, est l'étude des conditions d'exposition des salariés aux dangers infectieux identifiés. Ces risques pourront ensuite être classés afin de débattre des priorités et de définir un programme de prévention.

L'analyse des risques (propres à un secteur de soins, à une activité, à un poste de travail...) repose sur :

- l'entretien avec les personnels concernés qui doivent être associés à cette analyse ;
- l'examen des données épidémiologiques chez les personnels du secteur de soins concerné lorsqu'elles sont disponibles (statistiques de maladies professionnelles, rapports de cas, registres d'accidents de travail, études épidémiologiques...) ;
- la fréquence de l'exposition ;
- l'existence de facteurs favorisants liés, par exemple, à la disposition des locaux, à l'organisation du travail, à la conception des matériels et aux procédures de soins... ;
- la perception du risque par les soignants et leur formation ;
- les mesures de prévention du risque infectieux déjà mises en œuvre et leur observance.

Cette évaluation des risques va permettre de définir un programme de prévention des risques infectieux respectant les principes généraux de prévention. Sans pour autant minimiser l'importance des mesures de prévention collectives portant sur les facteurs organisationnels, la conception des locaux et les équipements, il a été décidé de donner la priorité dans cette première recommandation :

- aux mesures de prévention individuelles (précautions générales d'hygiène ou précautions « standard », lavage des mains, tenues de travail et équipements de protection individuelle, choix des appareils de protection respiratoire) ;
- à la prévention des accidents d'exposition au sang (collecteurs pour matériels piquants/tranchants, matériels de sécurité) ;
- à l'organisation de la prise en charge des soignants après un tel accident et à leur information sur la conduite à tenir après sa survenue.

La vaccination des personnels de santé contre l'hépatite B étant obligatoire depuis la loi du 18 janvier 1991 (art. L. 3111-4 du code de la santé publique), ce volet essentiel du programme de prévention n'est pas traité dans cette recommandation. Il faut cependant rap-

pelez ici que cette vaccination n'autorise en rien à réduire les mesures de prévention et qu'il est au contraire nécessaire de renforcer l'information des personnels de façon à ce qu'elle ne conduise pas à des prises de risque en donnant un sentiment de fausse sécurité.

3. CHAMP D'APPLICATION

Cette recommandation s'applique aux chefs d'établissements, dont tout ou partie du personnel relève du régime général de la sécurité sociale classé sous les numéros de risque suivants :

- 751 AA : administrations locales territoriales et hospitalières (communales, départementales, y compris leurs établissements publics) ;
- 851 AA : établissements de soins privés : cliniques générales/spécialisées, établissements hospitaliers généraux/spécialisés, dispensaires...

Cette recommandation ne concerne pas les laboratoires d'analyses médicales, pour lesquels des mesures spécifiques sont nécessaires, ni les services de soins à domicile.

En complément des textes législatifs et réglementaires en vigueur, il est recommandé aux employeurs des établissements généraux ou spécialisés de soins et d'hospitalisation et des établissements

médico-sociaux concernés, dont tout ou partie du personnel est susceptible d'être exposé au risque biologique, d'appliquer les mesures de prévention ci-après.

4. MESURES DE PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX

4.1. Précautions générales d'hygiène ou précautions « standard »

Les précautions générales d'hygiène sont à appliquer pour tout patient, indépendamment de la connaissance de son statut infectieux éventuel et en particulier de son statut sérologique vis-à-vis des infections transmissibles par voie sanguine. Ces précautions (circulaire DGS/DH n° 98-249 du 20 avril 1998 sur la prévention de la transmission des agents infectieux véhiculés par le sang ou les autres liquides biologiques lors des soins) doivent être adoptées par tout soignant, pour toute situation ou acte à risque, c'est-à-dire lors d'un acte présentant un risque de contact ou de projection avec du sang ou d'autres produits biologiques, la peau lésée ou une muqueuse. Ces précautions sont présentées en encadré 1.

Ces mesures sont complémentaires des règles d'asepsie et d'antisepsie à mettre en œuvre lors de tout acte de soins et notamment lors d'actes invasifs.

Par ailleurs, des précautions particulières sont à prendre pour cer-

Encadré 1

■ Si contact avec du sang ou liquide biologique	- Après piqûre, blessure : lavage et antisepsie au niveau de la plaie. - Après projection sur muqueuse (conjonctive) : rinçage abondant.
■ Lavage et/ou désinfection des mains	- Après le retrait des gants, entre deux patients, deux activités.
■ Port de gants (les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités)	- Si risque de contact avec du sang, ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voie veineuse, chambres implantables, prélèvements sanguins...) et lors de la manipulation de tubes de prélèvement biologiques, linge et matériels souillés...
■ Matériel souillé	- Matériel piquant tranchant à usage unique : ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin et dont le niveau de remplissage est vérifié. - Matériel réutilisable : manipuler avec précautions ce matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine. - Vérifier que le matériel a subi une procédure d'entretien (stérilisation ou désinfection) appropriée avant d'être utilisé.
■ Surfaces souillées	- Nettoyer puis désinfecter avec de l'eau de Javel à 12 ° chl fraîchement diluée au 1/10 (*) (ou tout autre désinfectant approprié) les surfaces souillées par des projections ou aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine.
■ Transport de prélèvements biologiques, linge et matériels souillés	- Les prélèvements biologiques, le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être évacués du service dans un emballage étanche, fermé.

(*) Depuis le 1^{er} juin 2001, l'eau de Javel est commercialisée sous une forme concentrée à 2,6 % de chlore actif, soit 9° chl. Il convient d'adapter la dilution en conséquence (dilution au 1/5).

tains patients porteurs d'agents infectieux transmis par voie respiratoire (cf. § 4.3).

Enfin, en complément de ces règles d'hygiène générale, il faut rappeler les interdictions édictées par le code du travail, de manger, boire, fumer sur les lieux de travail ; ce qui nécessite l'aménagement des locaux et l'organisation du travail en conséquence pour permettre le respect de ces règles d'hygiène fondamentales.

Il faut également rappeler la nécessité, lors de la conception ou d'un réaménagement des locaux, de prévoir des postes de lavage des mains en nombre suffisant et situés de façon à faciliter l'observance de ce geste d'hygiène essentiel qu'est le lavage des mains. En effet, si l'utilisation de solutions hydro-alcooliques a fait l'objet d'un avis favorable du Comité technique national des infections nosocomiales, cette technique a des limites (utilisable seulement sur des mains visuellement propres...) et ne saurait dispenser d'un lavage régulier des mains (à la fin d'une série de soins, avant de quitter le poste...).

4.2. Tenue de travail en milieu de soins

La tenue de travail en milieu de soins a pour but de limiter le risque infectieux lié à la transmission des microorganismes, omniprésents dans l'environnement de travail, et doit concilier la protection du personnel soignant et du patient. Un lavage des mains doit être réalisé avant et après avoir enfilé la tenue.

Elle comprend :

- une blouse couvrant entièrement les effets personnels ou, mieux, une tunique pantalon remplaçant la tenue de ville :
 - pouvant être lavée à haute température (supérieure à 60 °C),
 - à manches courtes, pour faciliter le lavage des mains et éviter le transport des germes,
 - changée quotidiennement et à chaque fois que souillée,
 - remplacée par la tenue de ville pour la prise de repas, afin de protéger des souillures et limiter les risques de transmission des microorganismes dont elle est porteuse ;
- des chaussures spécifiques à l'activité, confortables, silencieuses, antidérapantes, fermées sur le dessus pour la sécurité, et facilement nettoyables.

Le port d'effets personnels sur la tenue de travail étant prohibé, on peut recommander pour les personnes frileuses, le port de sous-vêtements spécifiques sous la tenue.

Pour plus de détails, on peut se reporter aux recommandations du C.CLIN Sud-Ouest dont la référence est donnée en annexe.

Adaptation de la tenue en fonction de l'évaluation du risque

Selon l'évaluation du niveau de risque infectieux (fonction de la pathologie, du geste...), la tenue de base pourra être complétée par :

- une surblouse à usage unique ou un tablier, notamment en cas de risque de projections de sang ou de liquides biologiques ;
- une coiffe ;
- un masque de type chirurgical et des lunettes de protection, ou un masque à visière en cas de risque de projection ;
- un appareil de protection respiratoire adapté en cas de nécessité d'isolement respiratoire aérien ;
- le port de gants adaptés à la tâche ou au geste réalisé, en limitant autant que possible l'utilisation du latex en raison du

risque allergique (pour plus d'informations, on peut se reporter à la fiche pratique de sécurité « Gants de protection pour les métiers de la santé », référencée en annexe).

Observations

En complément de la tenue, les recommandations suivantes doivent s'appliquer, tant pour la protection des soignants que des patients :

- cheveux courts ou attachés ;
- ongles courts, sans vernis ni faux ongles ;
- avant-bras nus ;
- bijoux et pin's interdits ;
- effets personnels, tels que vestes, gilets... au-dessus de la tenue, interdits ;
- montre spécifique au travail, accrochée à la tunique ou à la blouse, nettoyable facilement ;
- lunettes de vue, nettoyées à chaque prise de fonction et à la fin du service ; il est rappelé que ces lunettes ne sauraient remplacer des lunettes de protection en cas de risque de projection ;
- ciseaux, pinces, garrots, corps de prélèvement réutilisables, stéthoscopes nettoyés chaque jour et après chaque geste contaminant ; ces dispositifs ne doivent pas être conservés dans les poches.

L'attention doit être attirée sur le port de lentilles de contact, qui majore le risque infectieux en cas de projection oculaire d'un liquide biologique, et sur la nécessité d'utiliser des lunettes de protection pour tout geste comportant un risque de projection.

Vestiaires

Les placards dans les vestiaires seront à double compartiment : un côté pour la tenue de ville, un côté pour la tenue de soins.

Ces placards métalliques devront être nettoyés et désinfectés une fois par semaine (cf. recommandations du C.CLIN Sud-Ouest, référencées en annexe).

Des points d'eau pour le lavage des mains seront installés dans chaque vestiaire.

Nettoyage des tenues de travail

Les tenues de soins devront être en nombre suffisant pour pouvoir en changer immédiatement en cas de souillure.

Le linge sale sera déposé dans des sacs qui seront fermés pour le transport.

Le nettoyage est à la charge de l'employeur.

Il est interdit d'effectuer le nettoyage de ses tenues de travail à son domicile.

4.3. Protection respiratoire

Un certain nombre de maladies infectieuses sont transmissibles par voie respiratoire.

Certaines d'entre elles se transmettent par l'intermédiaire de gouttelettes de Pflügge, qui sont des gouttelettes de salive ou de sécrétions des voies aériennes supérieures émises par la parole, la toux, l'éternuement. On parle alors de transmission par voie « gouttelettes » (par exemple : streptocoques, méningocoques...).

D'autres sont transmissibles par l'intermédiaire de fines particules (« droplet nuclei », poussières) qui peuvent rester en suspension et

se propager à distance. On parle alors de transmission par voie « aérienne » ou par « aérosol » (par exemple, la tuberculose...).

Il a été constaté, à de nombreuses reprises, que la confusion règne le plus souvent en milieu de soins entre masque médical et appareil de protection respiratoire. Le choix sera orienté notamment en fonction du mode de transmission de l'agent infectieux dont on veut se protéger. C'est pourquoi, ce point particulier est développé dans cette recommandation.

Le masque médical (masque de soins, masque chirurgical) : porté par le soignant, il est destiné à éviter la contamination du patient ; porté par le patient contagieux, il prévient la contamination de son entourage et de son environnement.

Par ailleurs le masque médical protège celui qui le porte contre les agents infectieux transmissibles par voie « gouttelettes ». En aucun cas, il ne le protège contre les agents infectieux transmissibles par voie « aérienne ».

En outre, si le masque comporte une couche imperméable, il protège celui qui le porte contre un risque de projection de liquides biologiques. Ce masque est alors parfois équipé d'une visière protégeant les yeux.

L'appareil de protection respiratoire jetable filtrant contre les particules : communément appelé « masque » de protection respiratoire, il est destiné à protéger celui qui le porte contre l'inhalation d'agents infectieux transmissibles par voie « aérienne ». Il le protège aussi contre le risque de transmission par voie « gouttelettes ».

Par ordre croissant d'efficacité, il existe trois classes d'appareils de protection respiratoire jetables : FFP1, FFP2, FFP3. L'efficacité prend en compte l'efficacité du filtre et la fuite au visage. La protection apportée dépend de la classe de l'appareil choisi et de son bon ajustement au visage.

Ces différentes données sont explicitées dans une fiche intitulée « Risques infectieux en milieu de soins. Masques médicaux ou appareils de protection respiratoire jetables : quel matériel choisir ? » accessible sur le site internet du ministère de la Santé, référencé en annexe.

4.4. Collecteurs pour matériels piquants/tranchants et matériels de sécurité

Le décret n° 94-352 du 4 mai 1994, relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques, prescrit (article R. 231-62-3, § 2e) que le chef d'établissement doit : « (...) pour les activités impliquant le prélèvement, la manipulation et le traitement d'échantillons d'origine humaine ou animale, mettre au point des procédures et mettre à disposition des travailleurs des *matériels adaptés visant à minimiser les risques de contamination* ».

Les collecteurs pour matériels piquants/tranchants et les matériels dits « de sécurité » répondent à cette définition ; ils ont pour objectif de réduire le risque de piqûres lors de différents gestes de soins ou de diagnostic. Le choix et l'implantation des collecteurs, la décision d'utiliser des matériels de sécurité, leur choix et leur implantation dans les services de soins ou de diagnostic doivent s'intégrer dans un programme de prévention des risques d'exposition au sang et faire partie d'une stratégie bien définie au sein de l'établissement. Une étude préalable de la situation afin d'identifier les risques et d'analyser les pratiques est indispensable.

Le recueil des accidents d'exposition au sang (AES, défini comme un contact accidentel avec du sang ou un liquide biologique au niveau d'une effraction cutanée (piqûre, coupure, peau lésée) ou d'une muqueuse) et leur analyse régulière permettent d'identifier

les situations les plus à risques.

L'analyse des pratiques doit d'abord s'assurer du respect de l'application des précautions standard à tous les patients. L'étude des procédures de soins permet de recenser les matériels utilisés et de définir les gestes et les services les plus à risques. L'organisation du travail doit être également étudiée afin de limiter les risques qui peuvent être générés lors d'interruptions, relais entre soignants, urgences...

Cette étude, à laquelle doit être associé le personnel, doit permettre de définir et de mettre en place une stratégie associant :

- des priorités : gestes à risque, services à risque ;
- le choix des matériels fait avec les soignants, selon des critères assurant la sécurité du geste, et ceci jusqu'à leur élimination ;
- la révision des procédures de soins en fonction de l'implantation de ces nouveaux matériels ;
- la formation de tous les utilisateurs concernés ;
- l'organisation du travail.

L'évaluation repose sur le suivi des accidents et des audits des pratiques.

Un « Guide des matériels de sécurité » est établi régulièrement par le GERES (Groupe d'étude sur les risques d'exposition des soignants aux agents infectieux) avec le soutien de l'INRS. Les recommandations ci-après concernant ces matériels sont empruntées à ce guide.

Collecteurs pour matériels piquants/tranchants

L'élimination des matériels piquants/tranchants nécessite d'utiliser des collecteurs adaptés de façon à prévenir le risque de blessure avec des matériels traînant dans les services de soins et à protéger tous les personnels intervenant dans la filière d'élimination des déchets, en aval du poste de soins.

L'utilisation de ces collecteurs et leurs caractéristiques font l'objet de la circulaire DH/S12-DGS/VS3 n° 554 du 1^{er} septembre 1998 ainsi que de la norme Afnor NF X 30-500 et de la marque NF 302 « Emballages pour déchets d'activités de soins perforants ».

Critères de choix :

- résistance à la perforation ;
- résistance à la chute avec maintien de l'étanchéité ;
- capacité et orifice d'introduction adaptés aux différents matériels à éliminer ;
- encoches de désadaptation (seulement s'il n'est pas possible de tout jeter sans désadapter) ;
- visualisation du niveau et de la limite de remplissage ;
- système de fermeture définitive solidaire du dispositif, hermétique et inviolable ;
- organe de préhension pour le transport (poignée) ;
- supports de fixation.

Règles d'utilisation :

- disposer le collecteur à portée de main (50 cm) pour une élimination immédiate des piquants/tranchants. Seuls les matériels protégés mis en sécurité peuvent autoriser une dépose transitoire sur plateau ou chariot de soins ;
- ne jamais forcer lors de l'introduction des déchets ;
- toujours vérifier la stabilité pour garantir une utilisation unimanuelle : fixation sur support recommandée pour

l'élimination et impérative si désadaptation avec les encoches du collecteur ;

- activer le système de fermeture définitive dès que la limite de remplissage est atteinte ;
- respecter les instructions de montage si l'emballage est en deux parties.

Risques d'accidents

Une mauvaise utilisation du collecteur peut, en elle-même, être cause d'AES :

- à l'introduction des piquants/tranchants dans un collecteur inadapté (collecteur trop petit, orifice d'introduction trop étroit) ;
- en cas de non respect des règles d'utilisation du collecteur (collecteur trop rempli, collecteur instable, désadaptation ou élimination bimanuelle).

La prévention de ces accidents nécessite une bonne information et formation des soignants.

Matériels de sécurité

De nouveaux matériels de sécurité apparaissent régulièrement sur le marché. Il n'existe actuellement aucune norme concernant ces systèmes. On distingue deux types de mise en sécurité du matériel : certains dispositifs doivent être activés volontairement ; pour d'autres, la mise en sécurité est automatique, passive, ce qui est une meilleure solution.

En fonction des résultats de l'étude, menée pour définir une stratégie de prévention dans la structure de soins (telle que décrite ci-dessus), et de la définition de priorités, le « Guide des matériels de sécurité » établi par le GERES pourra permettre aux utilisateurs de s'informer sur les matériels de sécurité disponibles et les aider dans leur choix. Ce guide est disponible sur le site Internet du GERES référencé en annexe.

4.5. Organisation de la prise en charge après AES et information sur la conduite à tenir

Le risque de transmission virale après accident d'exposition au sang (AES) par piqûre ou coupure est évalué entre 2 et 40 % pour le virus de l'hépatite B (VHB), 2 à 3 % pour le virus de l'hépatite C (VHC) et 0,3 % pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). En cas de contact muqueux ou sur une peau lésée, le risque de contamination est de 0,04 % pour le VIH ; il n'est pas quantifié pour le VHB et le VHC.

Une étude cas-témoins, coordonnée par les CDC (Centers for Disease Control, Etats-Unis), a montré que la prise d'un traitement antirétroviral en prophylaxie réduisait le risque de séroconversion VIH après AES. Ceci a conduit à la mise en place dans les services d'urgence d'une organisation permanente garantissant la possibilité d'un accès à la prophylaxie contre le VIH dans un délai court, quels que soient le lieu et le mode d'exercice des personnels de santé (note DGS/DH/DRT n° 666 du 28 octobre 1996). La conduite à tenir après AES est précisée dans la circulaire DGS/DHOS/ DRT/DSS n° 2003/165 du 2 avril 2003, relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétrovi-

ral après exposition au risque de transmission du VIH, complétant la circulaire DGS/DH/DRT n° 99/680 du 8 décembre 1999, relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.

Le personnel doit être informé de la conduite à tenir en cas d'AES : premiers soins à faire d'urgence, prise d'un avis médical pour évaluation du risque et prophylaxie éventuelle, surveillance médicale clinique et biologique, analyse des causes de l'accident.

Premiers soins

Piqûre ou blessure :

- 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 9° chl diluée au 1/5) ou, à défaut, un dérivé iodé (polyvidone iodée en solution dermique...), alcool à 70°, Chlorhexidine alcoolique dermique... (au moins 5 minutes).

Contact direct du liquide biologique sur peau lésée

Mêmes protocoles de nettoyage et d'antiseptie de la zone atteinte que pour piqûre ou blessure.

Projection sur muqueuses et yeux

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

Évaluation du risque après accident d'exposition au sang (AES) et prophylaxie postexposition

Le dispositif local d'accueil hospitalier et de prise en charge après AES, mis en place et accessible à tous les soignants, doit permettre de limiter le délai entre tout AES, l'évaluation du risque et, en cas d'exposition au VIH, la mise sous traitement antirétroviral s'il est jugé nécessaire. La prescription est faite par un médecin référent désigné ou, en son absence, par un médecin responsable des urgences.

L'information des personnels de santé est essentielle pour qu'ils puissent bénéficier dans les meilleurs délais de ce dispositif. Le chef d'établissement doit donc assurer l'information des personnels. La conduite à tenir pratique, propre à l'établissement, avec la liste des médecins référents, doit être affichée ou mise à disposition dans tous les services.

Dans les établissements ne disposant pas de services d'urgences fonctionnant 24 h sur 24, des dispositions doivent être prises pour que le personnel puisse bénéficier de cette évaluation du risque par un médecin référent et d'une prophylaxie éventuelle, dans les meilleurs délais : les consignes doivent comporter l'adresse du service d'urgences le plus proche, la conduite à tenir, y compris la procédure permettant de quitter l'établissement au cours du poste (autorisation administrative, relais par un autre soignant afin que la continuité des soins soit assurée...).

Un modèle d'affiche est proposé sur le site internet du GERES référencé en annexe.

TEXTES OFFICIELS ET NORMES

- Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques et modifiant le code du travail (Deuxième partie, Décrets en Conseil d'Etat). *J. Off. Repub. Fr.* 1994 ; 6 mai 1994 : 6620-6623.
- Arrêté du 30 juin 1998 modifiant l'arrêté du 18 juillet 1994 modifié fixant la liste des agents biologiques pathogènes. *J. Off. Repub. Fr.* 1998 ; 22 juillet 1998 : 11207-8.
- Circulaire DGS/DH n° 23 du 3 août 1989 relative à la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les personnels de santé. *Bull. Epidémiol. Hebd.* 1989 ; (34) : 137-8.
- Note de la Direction générale de la santé. Note d'information DGS/DH/DRT n° 666 du 28 octobre 1996 relative à la conduite à tenir, pour la prophylaxie d'une contamination par le VIH, en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique chez les professionnels de santé, *Bull. Epidémiol. Hebd.* 1996 ; (49) : 213-216.
- Circulaire DGS/DH/DRT n° 99/680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques. *Bull. Epidémiol. Hebd.* 2000 ; (2) : 5-9.
- Circulaire DGS/DHOS/DRT/n° 2003/165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission VIH, abrogeant la circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 du 9 avril 1998.
- Circulaire DGS/DH - n° 98-249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé. *Bull. Off. Solidar. Santé.* 1998 ; (98/19) 26 mai 1998 : 153-167.
- Circulaire DGS/5C/DHOS/E 2 n° 2001-138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels. *Bull. Off. Solidar. Santé.* 2001 ; (2001/11) 14 mars 2001 : 231-253.

■ Circulaire DH/SI 2 - DGS/VS 3 n° 554 du 1er septembre 1998 relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés. *Bull. Off. Solidar. Santé.* 1998 ; (98/39) 10 octobre 1998 : 135-139.

■ Emballages des déchets d'activités de soins. Boîtes et minicollecteurs pour déchets perforants. Spécifications et essais. Norme française homologuée X 30-500. Saint-Denis-la-Plaine, AFNOR, 1999, 16 p.

AUTRES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Recommandations pour une tenue vestimentaire adaptée des personnels soignants en milieu hospitalier. 1998 C.CLIN Sud-Ouest (nosobase.univ-lyon1.fr/recommandations/Personnel/tenueSO.pdf).

Comité technique national des infections nosocomiales, Société française d'hygiène hospitalière - Isolement septique. Recommandations pour les établissements de soins. Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'état à la santé, 1998, 51 p.

Gants de protection pour les métiers de la santé - Paris, INRS, coll. Fiche pratique de sécurité, ED 118, 2004, 4 p.

Site internet du ministère de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr>

Site internet du Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (GERES) : <http://www.geres.org/index.php>

Site internet de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) : <http://www.inrs.fr>



Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
30, rue Olivier-Noyer 75680 Paris cedex 14 • Tél. 01 40 44 30 00 • Fax 01 40 44 30 99 • Internet : www.inrs.fr • e-mail : info@inrs.fr